Nr. 22. 27. maja 1928. Rok VII.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

PRACE ORYGINALNE.

Dr. Włodzimierz MOZOŁOWSKI Lwów.
i Doc. Henryk HILAROWICZ.

Uwagi o rzekomych własnościach antypeptycznych surowicy krwi.

Z Instytutu chemji lekarskiej. (Kierownik: Prof. Dr. J. K. Parnas) i Kliniki chirurgicznej (Kierownik: Prof. Dr. H. Schramm) U. J. K. we Lwowie.

Nauka o fermentach jest jedną z najtrudniejszych dziedzin chemji fizjologicznej; badanie tych ciał o mieszanej budowie, bardzo nietrwałych, których jedyną znaną cechą jest ich działanie zaczynowe, zależne w wielkim stopniu od warunków w jakich działają — wymaga od badacza dokładnej znajomości chemji, zwłaszcza chemji fizycznej. Niedostateczne przygotowanie w tej dziedzinie naraża badającego na wyciąganie fałszywych wniosków ze swych spostrzeżeń, jeżeli nie uwzględni ściśle istotnych warunków działania fermentów.

Na takiem nieporozumieniu oparta jest teorja, przypisująca surowicy krwi swoistą własność hamowania trawienia białka przez pepsynę; fakt, że dodanie surowicy krwi do kwaśnej treści żołądkowej powstrzymuje lub opaźnia strawienie dodanego białka, tłómaczono obecnością swoistego czynnika, który nazwano *antypepsyną*.

Katzenstein1) podał teorję powstawania wrzodu żołądka, który miał występować u osobników o zmniejszonej zawartości antypepsyny we krwi; przeprowadzał nawet leczenie, podając sztuczną antypepsynę. Gdy jednak prace Sörensena2) (1909) zwróciły uwagę fizjologów na znaczenie kwasowości istotnej czyli stężenia jonów wodorowych dla działania fermentów, musiano poddać rewizji wszystkie dawniejsze prace nad fermentami. Zajęto się również i „antypepsyną": badacz włoski, Dezani3) stwierdził że dodanie surowicy powoduje obniżenie stężenia jonów wodorowych w soku żołądkowym i zmienia w ten sposób warunki działania pepsyny. Praca ta pozostała jednak naogół nieznana, a pojawiące się wciąż nowe próby oznaczania ilości „antypepsyny", jako sposób diagnozy usposobienia do wrzodu żołądka oraz pojawienie się w handlu środków, zawierających „antypepsynę", jako najlepszych lekarstw w tej chorobie, — skłoniły nas do skontrolowania całego zagadnienia. Dokładność metody refraktometrycznej oznaczania trawienia peptycznego i użycie do oznaczania stężenia jonów wodorowych elektrody chinhydrynowej, kontrolowanej stale elektrodą wodorową, dawały rękojmię ścisłości naszych doświadczeń. W doświadczeniach tych4) znaleźliśmy, że istotnym błędem w próbach oznaczania „antypepsyny" (Oguro5), Kohler6) było nieuwzględnienie niszczenia pepsyny w pewnych stężeniach jonów wodorowych; pepsyna jak i inne fermenty, posiada pewne „optymum" działania oraz „optymum" trwałości, zależne od stężenia jonów wodorowych; „optymum" działania ustaliliśmy zgodnie z innymi autorami na pH $=$ 1.7—1.8; jako „optymum" trwałości natomiast oznaczył w pięknej pracy Ege7) pH $=$ 3.6—4.6; autor ten stwierdził, że w oddziaływaniu bardziej kwaśnem zniszczenie pepsyny jest wprost proporcjonalne, w oddziaływaniu mniej kwaśnem proporcjonalnie do trzeciej potęgi stężenia jonów wodorowych. Że w surowicy krwi brak swoistego czynnika hamującego trawienie peptyczne, wykazaliśmy w ten sposób, że doprowadzaliśmy roztwór pepsyny wzgl. soku żołądkowego do tego samego stężenia jonów wodorowych, jakie posiadała mieszanina tych roztworów z różnemi ilościami surowicy i otrzymaliśmy w obydwu przypadkach jednakowe zahamowanie trawienia peptycznego. Na tej podstawie odrzuciliśmy pojęcie „antypepsyny", zastępując je ściślejszem pojęciem: moderującego działania surowicy.

W naszej pracy z r. 1925 nie uwzględniliśmy publikacji Einsteina8), który w celu wykazania obecności „antypepsyny" w surowicy krwi postępował w ten sposób, że mieszał zobojętnione: sok żołądkowy i surowicę ze sobą, pozostawił przez 24 godzin w temperaturze pokoju, następnie dodawał kawałek włóknika, a po dalszych 24 godzinach wyjmował włóknik, przemywał go dokładnie, wrzucał do 0.25% kwasu solnego i refraktometrycznie oznaczał stopień strawienia; w doświadczeniach swych znajdował, że włóknik, trzymany w soku żołądkowym z dodatkiem surowicy ulegał w mniejszym stopniu strawieniu niż świadek t. j. włóknik, który pozostawał przez 24 godzin w samym zobojętnionym soku żołądkowym. Wnioskował stąd, że na włókniku zaadsorbowała się w pierwszym przypadku pepsyna i antypepsyna, w drugim zaś sama pepsyna i dlatego trawienie w tym przypadku było wyraźniejsze. Błędy rozumowania Einsteina są jasne; w publikacji naszej z r. 1926 omówiliśmy je dokładnie. Polegają one na błędnem przyjęciu, że pepsyna nie ulega zniszczeniu w oddziaływaniu obojętnem, a pozatem na tem, że autor nie uwzględnia złożoności zjawiska adsorbcji fermentów. Willstätter10), najwybitniejszy dziś badacz fermentów, posługując się adsorbcją, potrafił uzyskać fermenty w niebywałem do tego czasu stężeniu i wypracował cały system rozdzielania i czyszczenia fermentów tylko przez zmianę warunków adsorbcji. Adsorbcja jest zależna od wielu czynników, jak stężenie zaczynu, ilość i rodzaj elektrolitów, stężenie jonów wodorowych i t. d. Nic też dziwnego, że u Einsteina adsorbcja pepsyny na włókniku jest inna w obecności surowicy, a inna w samej treści żołądkowej; ale wyciąganie stąd wniosków — o swoistej „antypepsynie" jest nieuzasadnione. Dodanie do soku żołądkowego białka jaja kurzego lub soli kuchennej zmieni również adsorbcję pepsyny na włókniku, ale nie upoważnia to do przyjmowania istnienia w białku czy też w roztworze soli kuchennej jakiegoś szczególnego czynnika hamującego wzgl. aktywującego działania pepsyny.

Powyższe uwagi są aktualne, ze względu na to, że K. Gerner11) w pracy p. t.: „Dalszy ciąg badań nad aktywacyjną zdolnością surowicy krwi ludzkiej w stosunku do soku żołądkowego" powtarza błędy, które przed nim popełnili Kohler i Einstein i opiera na nich równie stanowcze, jak nieuzasadnione sądy.

Piśmiennictwo.

1) Berliner Klin. Wochenschr. 45, 1449, 1908. — 2) Biochem: Zeitschr. 21, 1909, Ergebnisse der Physiologie 12, 1912. — 3) Arch. d. pharmac. sper. 22, 287, 1916, Malys Jahresberichte 48, 725. — 4) Przegląd chirurgiczny **1925**, zesz. 3, Chirurg. Zentralblatt **1925**, 2410. — 5) Biochem: Zeitschr. 22, 266, 1909. — 6) Mitteil: a. Grenzgeb. 37, 1923. — 7- Zeitschr. f. physiolog. Chemie 143, 151, 1925. — 8) Medizin: Klinik **1924**, Nr. 45. — 9) Chirurgisches Zentralblatt **1926**, 2649. — 10) Zestawienie wyników w Berichte d. deutsch. chem. Ges. **1926**, 1. — 11) Polska Gazeta Lekarska **1928**, Nr. 8, str. 142.

SPRAWOZDANIA Z KAZUISTYKI I SPOSOBÓW LECZENIA.

Dr. Bruno WOYCIECHOWSKI. Kraków.

Ruchy zarodka ludzkiego 42 mm.

A. B. lat 33 zgłosiła się 26. II. 1928. Regularność zwykle obfita, 3—7 dni trwająca, co 4 tygodnie. Rodziła 2 razy prawidłowo, roniła 2 razy sztucznie w III. mies. ciąży przy zastosowaniu skrobanki. Ostatnia regularność 15. XII. 1927. Od 20. I. do 15. II. 1928 odchody z pochwy, ciemno-wiśniowe lub czekoladowej barwy. Wśród tego 23. I. atak bólu w podbrzuszu, z parciem na kiszkę stolcową, — 26. I. atak podobny lecz silniejszy, trwający 3 godziny, wreszcie 30. I. atak trzeci i ostatni, najsilniejszy, trwający 5 godzin, wśród czego doznała chora uczucia, że jest bliską omdlenia. Odejścia części stałych nie zauważyła. Od miesiąca nie opuszczała łóżka z powodu znacznego osłabienia i wrażenia pełności w podbrzuszu. Sutki czasem tkliwe. Brak apetytu.

Stan ogólny lichy, powłoki skórne blade, sutki wątłe, bez kleju. Wejście do pochwy sinawe, powalane śluzem z domieszką starej, brunatnej krwi, — ściany pochwy pulchne. Macica powiększona jak w VI tygodnowej ciąży, w elewacji, antepozycji i antedextrofleksji, przekrwiona, soczysta. Douglas wolny. Poza macicą w linji środkowej guz wielkości męskiej pięści, niebolesny, elastyczny, nieruchomy, osadzony na grubej szypule, odchodzącej od lewego rogu macicy. Ciepł. 37.2, tęt. 100.

Rozpoznanie: *graviditas tubaria sin. prob. rupta,* — a może i dalej się rozwijająca.

Z obawy przed możliwością ponownego krwotoku przystąpiłem po 3 godzinach do operacji w godzinie wieczornej. Cięcie od pępka do spojenia. Przez otrzewną prześwieca barwa fioletowa. W jamie otrzewnej skąpa ilość starych skrzepów krwi. Dno maci-

cy widoczne. Poza macicą i ponad nią guz wielkości pięści, otoczony zlepami z siecią, schodzącą nisko do dna macicy i z przylegającemi pętlami jelit. Pod kontrolą czucia oddzielałem łagodnie zlepy, a tu i ówdzie postronki od przodu guza, potem od dołu, tak, że w końcu wyłonił się guz wielkości gęsiego jaja, do którego przy górnym jego biegunie przylepiona jeszcze była sieć. Starałem się guz wydostać w całości, dźwignąłem więc go od dołu do wysokości rany w powłokach, a w chwili gdy resztę sieci oddzielałem pękła krucha ściana guza i wyślizgnął się z niego dwumiesięczny płód na tle młodego łożyska, z którem pępowinką był połączony. Uderzyło nas, że płód ten zaczął odrazu wykonywać powolne, ale wydatne ruchy wszystkiemi kończynami, podobne zupełnie do tych, jakie wykonuje płód donoszony, — a po dotknięciu palcem zareagował energicznie, jakby ruchem obronnym, kurcząc szybko i silnie wszystkie kończyny i otwierając usta. Spostrzeżeniem tem podzieliłem się z asystującymi mi kolegami Drobniewiczem i Gedlem. Niestety nie było nikogo pod ręką kto mógłby się zająć wyłącznie dokładniejszą obserwacją płodu tego, więc ograniczyłem się do tego, że wśród podwiązywania i obszywania trąbki lewej, z której guz wychodził, rzucałem od czasu do czasu okiem na płód leżący na brzuchu operowanej, a po przecięciu szypuły na jej klatce piesiowej, — i stwierdziłem, że ruchy płodu mimo oziębienia i wysuszania trwały około 5 min., tj. przez chwilę nawet jeszcze po przecięciu szypuły. Po usunięciu większych skrzepów i zresekowaniu części najbardziej naciekłego dolnego brzegu sieci zamknąłem powłoki brzuszne. Jajnik lewy, zdrowy, pozostawiono; przydatki prawe normalne.

W 2 i 3 dniu przebiegu pooperacyjnego wystąpiły u chorej, ciężkie objawy niedrożności porażennej, z tętnem do 140 przy ciepłocie do 37.2, które zwalczono wlewaniami, rurką, wstrzymaniem podawania pokarmów, hipodermoklizą, wypompowaniem i przepłukaniem żołądka. Od 4 dnia po operacji dalszy przebieg zupełnie pomyślny. *Prima intentio.*

Co do chorej uderza w tym przypadku fakt, iż mimo trzykrotnego prawdopodobnie pękania trąbki, wytwarzały się zawsze takie warunki, że powstawały zlepy, dokoła guza, ujście brzuszne trąbki było makroskopowo zamknięte, pęknięcie następowało prawdopodobnie zawsze przy górnym biegunie guza, gdzie kosmki przeżerały jego ścianę i natrafiały na przylegającą sieć. Krwawienie bywało wskutek tego mierne i krótkie, a skierowane ku górze. Powstające tamże zlepy tłumaczą brak krwotoku pozamacicznego. Przez 27 dni przed operacją nie było już napadu bólu, jaje rozwijało się dalej, a na podstawie tego, co wśród zabiegu stwierdzono, wolno się domyślać, że istniały warunki do jeszcze dalszego rozwoju jego, co mieściło w sobie poważne i wzrastające dla chorej niebezpieczeństwo i to zarówno w razie pęknięcia guza jak też w razie operacji w okresie późniejszym.

Bardzo interesującym szczegółem, dla którego głównie przedstawiłem odnośny preparat na posiedzeniu Tow. ginek. krak. w d. 6. III. i Tow. Lek. Krak. w d. 21. III. 1928 są ruchy, które, u tak młodego, bo dwumiesięcznego płodu spostrzegałem po raz pierwszy. Na szczegół czy płód w tym przypadku się rusza, zwróciłem uwagę pod wpływem artykułu Mariantschik'a z Kijowa, który mi w pamięci utkwił (Zentr. f. Gyn. Nr. 48, 1827). W praktyce liczymy się z faktem, że pierwsze ruchy płodu zbiegają się z połową ciąży i obliczamy według tego w przybliżeniu termin porodu. Jednakże doświadczone, inteligentne, uważne i wrażliwe kobiety odczuwają niechybnie ruchy płodu już w IV. miesiącu ciąży. Fizjologja zarodków różnych gatunków zwierząt uczy, że wykonują one już bardzo wcześnie, bo w pierwszych dniach życia t. zw. ruchy impulsywne, nie pozostające w żadnym związku z jakiemkolwiek podrażnieniem. U bezkręgowych, ryb i amfibii występują nadto znane ruchy rotacyjne (okręcanie się dokoła osi podłużnej lub poprzecznej), spiralne, wahadłowe i t. d. Zarodek ptaka wykonuje już od piątego dnia wygrzewania jaja szereg ruchów, jak prostowanie to przedniej to tylnej połowy tułowia, szóstego dnia już kręci głową, a siódmego dnia porusza kończynami. Co do zwierząt ssących Bichat i Prever spostrzegali u świnki morskiej ruchy kończyn w 4 tygodniu życia śródmacicznego, a Graham Brown obserwował to zjawisko przez otwartą macicę na zarodkach kota wynoszących 8—9 cm długości, połączonych z organizmem matki krążeniem łożyskowem. Przez analogję można spodziewać się podobnych zjawisk u zarodka ludzkiego. Niestety odnośne dane z piśmiennictwa są z łatwo zrozumiałych powodów dotąd nader skąpe. Nie wiemy dotąd ściśle kiedy występują pierwsze ruchy u zarodka ludzkiego. Embriologja uczy, że układ mięśniowy jest u zarodka ludzkiego długości 20 mm już wykształcony i unerwiony a więc przypuszczalnie zdolny do funkcji od owej chwili. Jedynie Strassmannowi udało się spostrzegać na zarodku długości zaledwie 2 cm, pochodzącym z pękniętej ciąży trąbkowej (ostatnia regularność przed 6 tygodniami) przez nieuszkodzoną owodnią powolne ruchy kończyn, — co zademonstrował asystentom. Pozatem Erbkam, Zuntz, Krabbe i Bersot spostrzegali ruchy u 4—5 miesięcznych zarodków. Ostatnio ogłosił Minkowski swe spostrzeżenia nad 28 zarodkami długości 5—32 cm, uzyskanymi w szeregu różnych klinik przy sposobności przerywania ciąży *per laparatomiam* i równoczesnej sterylizacji. Wszystkie owe płody wykonywały ruchy głową, tułowiem i kończynami. Wśród zwykłego przebiegu poronienia niema się sposobności do czynienia jakichkolwiek spostrzeżeń nad płodem, będąc zajętym matką. Zanim przyjdzie czas do zwrócenia uwagi na zarodek, tenże już nie żyje Istnieją tylko pośrednie wskazówki co do ruchów zarodków w pierwszej połowie ciąży w postaci śrubowatego skręcenia pępowiny lub nawet prawdziwego węzła pępowinowego. Lecz czucie i słuch lekarza w tym okresie jeszcze zawodzą. Mariantschik widział 3 razy ruchy u małych zarodków: 1) u zarodka 10 cm mierzącego (co uważał raczej za ruch bierny pod wpływem oziębienia), 2) i 3) u zarodków 15 i 16 cm długich, u których obok ruchów kończyn spostrzegał przez krótką chwilę ruch kręgosłupa, otwieranie ust i podnoszenie żeber. W moim przypadku mierzy zarodek według łaskawego określenia Zakładu Embrjolog. U. J. Prof. Dra E. Godlewskiego 42 mm, jest płci męskiej i odpowiada zarówno powyższym wymiarem jak i stopniem ogólnego rozwoju dziewiątemu tygodniowi życia. *Jest to zatem po przypadku Strassmanna drugi z rzędu co do wieku zarodek, u którego udało się stwierdzić niechybnie ruchy.*

Można mieć nadzieję, że wykonywane obecnie coraz częściej cięcie cesarskie dla przerwania wczesnej ciąży i wykonania równocześnie sterylizacji dostarczy w przyszłości więcej odnośnego materjału.

Niemniej interesującem jest pojawienie się ruchów serca u ludzkich zarodków. Nie ulega wątpliwości, że występują one już bardzo wcześnie. W myśl pojęć embrjologii worek sercowy, układ naczyniowy tętniczy i żylny już u zarodka ludzkiego mierzącego zaledwie 3 mm (15 segmentowego) są tak wykształcone, że można je uważać w tym okresie za aparat funkcjonujący. Odnośne spostrzeżenia są w piśmiennictwie skąpe. U zarodków kurzych spostrzegano tętnienie serca już w 2 dniu wygrzewania jaja t. j. jeszcze przed wytworzeniem się włókien mięsnych i ganglji. Bischof widział tętnienie serca u 9 dniowego zarodka królika i u 16 dniowego zarodka świnki morskiej i to jeszcze na drugi dzień po wyjęciu jaja z macicy. U młodziutkiego zarodka ludzkiego widział pierwszy Pflüger w r. 1861 uderzenie serca. Jaje to liczyło zaledwie 20 dni życia. Umieszczone w ciepłej przestrzeni między dwoma szkiełkami zegarkowemi okazywało jeszcze po kilkunastu godz. kurczenie się rytmiczne worka sercowego 20—30 razy na min. B. Rawitz stwierdził skurcze serca u zarodka długości 8 cm, J. Veit u zarodka 10 tygodniowego, uzyskanego z ciąży trąbkowej, Zuntz u zarodka liczącego 16 tygodni życia, a Fr. Neugebauer podziwiał skurcze serca przez 3 godziny u 14 dniowego zarodka rozkawałkowanego, z oderwaną główką, wyrwanym rdzeniem i oderwanemi kończynami. Przypadek ten dał impuls do polemiki między Neugebauerem a Opitzem. Neugebauer zapytuje: czy można zarodek pozbawiony główki i rdzenia uważać za żywy na tej podstawie, że serce jego tętni? To są, zdaniem Neugebauera już zjawiska pośmiertne. Opitz zaś stawia kwestję inaczej: zarodek pozbawiony tak ważnych narządów jest do dalszego życia niezdolny, lecz jak długo serce jego tętni, tak długo trwa jego życie.

Opitz spostrzegał bicie serca: 1) u bliźniąt w VI. miesiącu ciąży przez $2^1/_2$ godziny po ustaniu wszelkich innych objawów życia, 2) u płodu trzymiesięcznego z ciąży pozamacicznej przez jedną godzinę, 3) u płodu 900 g ważącego, sekcjonowanego przez $1^1/_2$ godziny, — a następnie jeszcze przez dalsze $1^1/_2$ godziny na sercu izolowanem, zanurzonem w ciepłym rozczynie fizjologicznym soli, 4) płodu 6 miesięcznego przez 2 godziny po wygaśnięciu wszelkich innych objawów życia.

Wasten obserwował u 14 tygodniowego płodu z ciąży trąbkowej skurcze serca przez $2^1/_4$ godziny, a E. Peiser u 5 miesięcznego płodu przez 50 minut po ustaniu innych objawów życia.

William F. Armann uzyskał w r. 1908 całe 6 tygodniowe jaje, wielkości orzecha laskowego, znalezione wśród skrzepów podczas poronienia wśród obfitego krwotoku. Gdy je ostrożnie otworzył nożyczkami spostrzegł ze zdumieniem wyraźne tętnienie worka sercowego zarodka, przyczem uderzenia były rytmiczne, 90 na minutę. Worek sercowy miał wielkość główki od szpilki, bez podziału na przedsionki i komory. Zjawisko trwało przez 15 minut niezmiennie, a przez dalszych 5 min. stawało się coraz mniej wyraźne.

Najmniejszy przez Minkowskiego obserwowany płód mierzył 6 cm. Skurcze serca utrzymywały się jeszcze 15 min. po wyjęciu płodu z macicy, po 6 uderzeń na minutę.

Mariantschik spostrzegał tętnienie serca u 4 zarodków, a to: 1) U zarodka długości 2 cm pochodzącego z ciąży zamacicznej trąbkowej, po 4 napadach bólów z omdlewaniami, worek sercowy

wielkości ziarnka maku. Zjawisko trwało przez 1 godz. 20 min., po 60—70 uderzeń na minutę. 2) W przypadku sztucznego przerwania ciąży wydobyto jaje kleszczykami i położono je na stole. Po 15 min. spostrzeżono u zarodka długości 2.4 cm mimo zgniecenia główki i naddarcia szyi synchroniczne skurcze obu połów serca, prawej połowy niekiedy silniejsze niż lewej, około 60 razy na minutę. Zjawisko obserwowano przez 5 min, a zatem od chwili wydobycia jaja z macicy trwało ono przez 20 min. 3) Zarodek wydobyty podczas przerywania ciąży z podartą i wyciągniętą szyją, długości 1.9 cm, okazywał bicie serca przez 5 min., 60 razy na min. 4) Podczas przerwania ciąży wyszedł z macicy zarodek długości 1.5 cm z oderwaną główką. Zdawało się, że czasem kurczy się u niego serce, lecz zjawisko nie dało się stwierdzić z całą pewnością. Po skropieniu rozczynem fizjologicznym soli kuchennej wyciśniętym z gazika zaczęły obie połowy serca kurczyć się energicznie, 92 razy na min., rytmicznie, bez przerw. Trwało to 6—7 minut.

Minkowski badał zarodki w fizjologicznym rozczynie soli kuchennej przy ciepłocie 40° C, — ale doświadczenie wskazuje, że i w gorących warunkach można spostrzegać bicie serca u zarodka.

Preyer mówi o przedśmiertnem przyśpieszeniu tętnienia u płodów oddzielonych od podłoża. Na podstawie przypadków Mariantschika nie można tego poglądu potwierdzić, — wręcz przeciwnie, czem bliżej końca tem wolniejsze tętnienie. Zdaje się, że zarodki zbliżają się w tym okresie rozwoju co do swej olbrzymiej siły żywotnej do właściwości organizmów niższych, amfibii i larw owadów. Z przypadków, gdzie niema oderwania lub uszkodzenia główki, względnie mimo naddarcia szyi tętnienie się utrzymywało, wynika, że: 1) mózg w tym okresie życia zarodka niema wpływu na czynność serca i 2) że młode zarodki są o wiele żywotniejsze od płodów donoszonych. Zbliżają się one pod tym względem wyraźnie do istot nisko zorganizowanych, u których życie utrzymuje się jeszcze po przepołowieniu ich lub po odjęciu główki.

SPRAWOZDANIA POGLĄDOWE

H. SPARROW. Warszawa.

Badania istoty zarazka poliomyelitidis.

Zarazek poliomyelitidis pozostaje do dziś dnia nieznany. Nie możemy wobec tego mówić o etjologji tej choroby. Należy jednak przytoczyć wyniki badań bakterjologicznych, które spraw etjologji dotychczas nie wyświetliły.

Badania bakterjologiczne poliomyelitidis rozpoczął w r. 1898 Schultze który wyhodował z płynu mózgowo-rdzeniowego chorych na tę chorobę jakieś dwoinki. Po nim wielokrotnie donoszono o wykryciu w mózgu chorych pewnych drobnoustrojów. Były to najczęściej ziarniaki o kształcie dwoinek. W okresie późniejszym w r. 1910 Levaditti, a w 1913 r. Flexner i Nogushi wyhodowali z mózgu i rdzenia ludzi zmarłych na pm. i małp zakażanych doświadczalnie podługowate ziarenka, układające się w dwoinki i łańcuszki, barwiące się według Grama. Hodowle te otrzymywano w warunkach beztlenowych na podłożu z płynem wysiękowym i kawałkiem nerki królika. Wstrzykiwanie tych hodowli do mózgu, lub do otrzewnej małp powodowało powstawanie objawów chorobowych właściwych pm. Chorobotwórcze własności hodowli stwierdzono jeszcze w 20-tym przeszczepianiem.

Czy zarazek pm. rzeczywiście przyjmuje tę postać dwoinek, czy też badacze jednocześnie z przypadkowym drobnoustrojem otrzymywali hodowle nieznanego i niewidzialnego zarazka pm., pozostaje niewyjaśnione.

Podkreślić należy, że innym wybitnym badaczom nie udało się wyhodować zarazka pm. (Wickman, Römer, Landsteiner).

Odrębne miejsce zajmują badania Rosenow'a z lat ostatnich. Rosenow, hodując na buljonie z płynem wysiękowym i śledzioną materjał z przypadków pm., otrzymuje paciorkowce, wytwarzające toksynę. Toksyna ta rozcieńczona w stosunku 1 : 100, nadaje się do odczynów skórnych, które wypadają u chorych we wczesnym okresie zawsze dodatnio, u ozdrowieńców ujemnie. Odsetek odczynów, dodatnich w różnych środowiskach i w różnym wieku idzie równolegle do odsetka zachorowań. Stąd wniosek Rosenow'a że odczyny skórne z toksynami paciorkowców, wyhodowanych z pm., są wyrazem wrażliwości na zarazek.

Surowica koni, szczepionych temi paciorkowcami, zmieszana z toksyną, zobojętnia ją, a z płynem otrzymanym z przemywania gardła i nosa chorych daje precypitację, tak samo jak surowica ozdrowieńców. Działanie lecznicze tej surowicy we wczesnym okresie choroby potwierdzili klinicyści.

Choroba doświadczalna. Badania istoty zarazka stały się możliwe, gdy udało się otrzymać chorobę doświadczalną. Małpy, zaszczepione mózgiem osobników zmarłych na pm., chorują zupełnie typowo (Landsteiner i Popper, 1909 r.). Zarazek można utrzymywać do nieskończoności drogą pasaży z małp chorych na zdrowe. Wrażliwemi okazały się szympanse, oraz małpy niższe.

Do zakażania używano początkowo zawiesiny rdzenia lub tkanki mózgowej ludzi zmarłych wskutek pm., a później rdzenia małp, zakażonych rdzeniem ludzkim.

Prócz małp w wyjątkowych wypadkach udaje się zakazić króliki (Krauze i Meinicke, Ninin i Bittman). Psy osły, barany, świnki morskie i szczury nie są wrażliwe na ten zarazek.

Stopień wrażliwości małp zależy od drogi wprowadzenia zarazka. Najpewniejszem jest szczepienie do mózgu; według Flexnera z 83 małp, w ten sposób zaszczepionych, zachorowało 77. Chorobę można wywołać szczepieniem do otrzewnej, ale wynik jest mniej stały. Szczepienie pod skórę nawet dużych dawek zarazka daje zakażenie tylko w 25%. Wśródżylne wprowadzanie zarazka jest niepewne. Prawdopodobnie normalne opony mózgowe i splot naczyniasty nie dopuszczają zarazka do mózgu. Jeśli jednocześnie dokonać wlewanie soli lub surowicy do kanału rdzeniowego, to zarazek przenika do mózgu i rozwija się w nim.

Okres wylęgania choroby doświadczalnej zależy od drogi wprowadzenia zarazka (jest najkrótszy po zakażeniu domózgowem), oraz od dawki zarazka. Im dawka jest mniejsza, tem okres wylęgania jest dłuższy i wreszcie poniżej pewnej minimalnej dawki, zakażenie nie powstaje. Zawiesina rdzenia małpy w rozcieńczeniu 1 : 1000 zwykle jeszcze zakaża, w rozcieńczeniu 1 : 10,000 już nie zakaża.

Choroba u małp rozwija się nagle, po kilku godzinach występują porażenia lędźwiowej części rdzenia — kończyn dolnych, później górnych, następnie mięśni tułowia. Choroba trwa 2—3 dni i w 76% kończy się śmiercią wskutek porażenia ośrodków bulbarnych. Jest to najczęściej typ zbliżony do porażenia Landry'ego.

Jeżeli małpa nie zdycha, choroba przybiera charakter przewlekły; ogólny stan się poprawia, ale porażenia częściowo pozostają, następuje zanik mięśni i zniekształcenie kończyn. Czasami choroba daje nawroty, jak u ludzi.

Zdarzają się również postaci łagodne choroby, których objawy szybko przemijają i następuje kompletne wyzdrowienie, oraz postaci poronne, w których paraliż wcale się nie rozwija.

Stopień ciężkości choroby zależy od zjadliwości zarazka, od drogi, którą zarazek do ustroju był wprowadzony, od dawki zarazka, oraz od wrażliwości osobniczej zwierzęcia doświadczalnego.

Zmiany histologiczne właściwe tej chorobie, znajdujemy tylko w mózgu i w rdzeniu. U małp są one, co do charakteru i umiejscowienia, zupełnie analogiczne do zmian, opisanych u ludzi. Największe i najwcześniejsze zmiany są w rogach przednich, polegają one na powstawaniu ognisk zapalnych, oraz na swoistych zmianach w komórkach nerwowych, które można scharakteryzować w dwóch wyrazach: neuroliza i neurofagizm. Makrofagi pochłaniają stopniowo komórki nerwowe, na których miejscu powstają wreszcie skupienia białych ciałek o ułożeniu wielokątnem w kształcie komórki nerwowej.

W okresie przewlekłym na miejscu dawnych ognisk rozrasta się tkanka łączna, powstają prawdziwe blizny. Tem się tłumaczy, że funkcje mięśni porażonych już nie mogą być przywrócone. W tkance mózgowej w ciężkich przypadkach restitutio ad integrum nie następuje.

Umiejscowienie zarazka. Zarazek znajduje się w tkance nerwowej, w największym stężeniu w substancji szarej. Obecność zarazka w mózgu można wykazać (szczepienie małpom) już w okresie wylęgania choroby i w dłuższy czas po ustąpieniu wszelkich objawów chorobowych, czem zresztą tłumaczy się możliwość nawrotu.

Płyn mózgowordzeniowy podczas choroby nie zawiera zarazka. Natomiast po szczepieniu domózgowem w okresie wylęgania, zarazki znajdują się w płynie w ilości wzmożonej.

Krew i narządy małp, tak samo jak ludzi, zwykle zarazka nie zawierają.

Drogi wydzielania się i przenikania zarazka do ustroju. W przypadkach choroby ludzi (z zejściem śmiertelnem), Levaditi i Landsteiner badali zakaźność różnych tkanek i znaleźli zarazek, prócz rdzenia i mózgu, w migdałkach i w śluzówce gardła. Gruczoły szyjne, krezkowe oraz śledziona zarazka nie zawierały. Levis i Flexner znaleźli również zarazki w wydzielinie i śluzówce nosa.

Stąd wniosek, że zarazek poliomyelitidy z ustroju zakażonego może wydzielać się tak samo, jak meningokoki w p. zapaleniu opon mózgowych, czyli ze śluzem z nosa i gardła. Jednak u małp takie wydzielanie się zarazka przez śluzówkę nosa nie jest stałe i dlatego zapewne choroba wśród małp sama nie szerzy się.

Mocz i kał małp zarazka nie zawiera. U ludzi chorych Wernstedt i inni znajdywali zarazki w 30%, nietylko w wydzielinie z gardła i nosa lecz i w kale, dokąd zarazki mogły trafić wraz z przełykanym śluzem.

Podkreślić należy, że wydzieliny chorych, jak mówiliśmy, zaledwie w 30% zawierają zarazki, czyli, że nie każdy chory jest zakaźny. Zakaźność wydzielin wykazano nietylko u chorych na typową chorobę i u ozdrowieńców, lecz również w przypadkach poronnych, a także u osób zdrowych z otoczenia chorego, co świadczy o istnieniu nosicielstwa zarazków pm; fakt, który w epidemjologji pm., odgrywać może również ważną rolę, jak w *meningitis cerebrospinalis.*

Jama nosowo-gardłowa jest drogą wydzielania a również drogą przenikania zarazka do ustroju. Małpy udało się zakazić przez wcieranie zawiesiny mózgu do śluzówki nosa, wstrzykiwanie do oskrzeli, inhalacje. Ze śluzówki nosa, jak wykazały doświadczenia Levaditi'ego i Landsteinera, zarazek przenika wzdłuż nerwów do *bulbus olfactorius.*

Niewątpliwie jednak śluzówka normalna i nieuszkodzona przedstawia pewien opór, który tem — łatwiej się przełamuje, im zarazek jest zjadliwszy.

Wcieranie zarazka do skóry i rogówki nie daje zakażenia. Zato można zakażać małpy wprowadzając zarazek do przedniej komory ocznej. Wyniki zakażenia drogą pokarmową u zwierząt są wątpliwe, chociaż u ludzi zakażenie przez pokarm nie jest wykluczone.

Zarazek pm., jakąkolwiek bądź drogą wprowadzony do ustroju, zawsze dąży do mózgu, dokąd przenika wzdłuż włókien nerwowych. Jeżeli zawiesinę, zawierającą zarazek, wstrzykiwać do splotów nerwowych kończyn, pierwsze objawy porażeń rozwijają się w tychże kończynach, a wczesne przecięcie nerwu zapobiega chorobie. Objawy porażeń zawsze zaczynają się od mięśni, związanych ze splotem nerwowym, w pobliżu którego zarazek został wprowadzony. W doświadczalnem zakażaniu się przez nos, najpierw ulegają porażeniu mięśnie ramion i karku, w razie zakażenia przez jelita — nogi.

Wrażliwość na chorobę nie jest bynajmniej powszechna. Odnosi się wrażenie, że odsetek osób wrażliwych jest nieznaczny. W ogniskach epidemicznych z liczby osób, narażonych na zakażenie, zachorowuje najwyżej 5%. Fakt następujący świadczy, że w tych warunkach przechorowuje rzeczywiście większość osób wrażliwych: Jeżeli dwa nawroty epidemji w tym samym kraju następują jeden po drugim w kilka lat, choroba nie wraca do ognisk przez które już raz przeszła i szerzy się w miejscowościach, których za pierwszym razem nie nawiedziła. Na tem samem polega, że mieszkańcy miast, gdzie choroba utrzymuje się endemicznie, naogół chorują łagodniej, niż mieszkańcy wsi.

Zarazek w ustroju ozdrowieńców i nosicieli może przechowywać się bardzo długo, w ciągu miesięcy, a nawet lat. Osgood i Lucas znajdywali zarazki w wydzielinie z nosa po 4 i 6 miesiącach, a nawet po 2 latach. Można więc przypuścić, że w okresie epidemji i w okresie poepidemicznym rozpowszechnienie zarazka jest bardzo znaczne, że większość ludzi z nim się styka, chociaż choruje tylko nieznaczny odsetek. Stąd wniosek, że stopień odporności osobniczej jest znaczny. Możliwe jest również i to, że znaczny odsetek osób z otoczenia chorego przechodzi poronną lub utajoną postać choroby. Podkreślić należy, że surowica $^1/_3$ osób normalnych zawiera przeciwciała dla tego zarazka.

Odporność. Choroba ta pozostawia wyraźną, trwałą odporność. Jednym z jej wyrazów jest występowanie ciał bakterjobójczych w surowicy ozdrowieńców. Czasami jednak pm. może się powtarzać, tak samo zresztą jak i inne choroby zakaźne (płonica, odra). W statystyce znajdują się przykłady ponownego zapadania po 9, 17, 18, 23 i nawet 54 latach. Są to jednak tylko wyjątki.

Czasami powtórna choroba jest tylko nawrotem pierwszej. Osgood obserwował u osoby, która po chorobie była nosicielem zarazków, nawrót po 2 latach. Możliwem jest, że zarazki pm., tak samo jak trypanozomy i spirochety mogą się uodparniać przeciw własnym przeciwciałom i dawać rasy odporne, które w tym samym ustroju powodują nawroty choroby.

Surowica ozdrowieńców. Stężenie przeciwciał we krwi ozdrowieńców po chorobie jest znaczne i daje się wykazać zarówno *in vitro,* jak *in vivo.* (Levaditi, Landsteiner). Zawiesina zarazków, zmieszana z surowicą i wstrzyknięta do mózgu małp nie zakaża. Surowica zastosowana u małp już zakażonych, chroni je przed rozwojem choroby.

Badania siły bakterjobójczej surowicy ozdrowieńców po postaciach poronnych wykazały, że zawiera ona również przeciwciała zupełnie identyczne z przeciwciałami, powstającemi po typowych postaciach choroby. Levaditi i Netter, badając surowicę ozdrowieńców po pm. z epidemji paryskiej, austrjackiej, niemieckiej, amerykańskiej, dowiedli, iż we wszystkich tych krajach panował ten sam zarazek. Surowica chorego, który przed 3 laty przeszedł *paralisis infantum,* posiadała również te same własności. Surowica ozdrowieńców zawiera przeciwciała w ciągu szeregu lat jeszcze. Działanie jej jest zupełnie swoiste i nie rozpowszechnia się na zarazek wścieklizny, pod wielu względami bardzo zbliżony do zarazka pm.

Surowicę ozdrowieńców zastosowano leczniczo z wynikiem dodatnim. Wstrzykiwano ją do kanału rdzeniowego — (34 przypadki Nettera, 24 Amosa i Czesny) i domięśniowo w większych ilościach — 40,50 cc. Według sprawozdań Shaw'a i innych wynik działania jest szybki, jeżeli stosować ją w ciągu pierwszej doby zachorowania. Po 10—12—20 godzinach ciepłota spada do normy, a okres zdrowienia przebiega bez porażeń.

Własności zarazka. Badania doświadczalne umożliwiły zapoznanie się z niektóremi bardzo ważnemi własnościami zarazka pm., który pod wielu względami jest zbliżony do zarazka wścieklizny.

Pm. wywołuje zarazek przesączalny, który przechodzi przez świece Berkefelda i Chamberlanda. Wskutek sączenia ilość zarazka zmniejsza się tylko nieznacznie, i przesącz zawsze pozostaje zakaźny. Badanie wydzielin i wydalin chorych na obecność zarazka opiera się na jego przesączalności.

Poza ustrojem zarazek żyje długo, zachowując swą zjadliwość; najdogodniej jest przechowywać go w glicerynie (50%). *Virus* zachowuje tu swą żywotność i zjadliwość w ciągu szeregu lat. Flexner i Amoss zakazili małpę rdzeniem, który przeleżał 6 lat w glicerynie; zjadliwość zarazka nie uległa zmianie.

Zarazek jest odporny na działanie zimna — wytrzymuje zamrażanie w ciągu kilkunastu dni, jako odporny na wysuszanie, — rdzenie suszone w ten sam sposób, jak do szczepień pasteurowskich, po 22 dniach zachowywały zarazek żywy i zjadliwy. Zarazek może żyć przez czas dłuższy w mleku i wodzie przekroplonej, można go przechowywać przez czas dłuższy w ustroju zwierząt niewrażliwych — w przedniej komorze oka królika, oraz w otrzewnej (Levaditi). Zakażając królika domózgowo można przechowywać zarazek i dokonywać szeregu pasaży z królika na królika. W ustroju szczura zarazek szybko ginie, niesłuszne więc było przypuszczenie niektórych badaczy o roli szczurów w szerzeniu się choroby.

Zarazek znosi ogrzewanie do 50° i ginie dopiero w 55—60° po 15 minutach. Jest on odporny również na działanie niektórych czynników chemicznych, wytrzymuje działanie 1% tymolu i $^1/_2$% fenolu i ginie dopiero w rozczynie 1%. Sok żołądkowy i jelitowy zarazka nie niszczy.

Z przytoczonych badań istoty zarazka poliomyelitidis widzimy w nim dużo cech wspólnych z zarazkiem wścieklizny: 1) umiejscowienie się w tkance mózgowej i komórkach nerwowych, 2) podobieństwo zmian histologicznych, 3) rozpowszechnienie zarazka wzdłuż nerwów, 4) zakaźność wydzielin jamy noso-gardłowej, 5) przesączalność zarazka i 6) możność przechowywania w glicerynie. W stosunku do czynników fizycznych i chemicznych zarazek pm. jest o wiele więcej wytrzymały.

Próby szczepień ochronnych. Szczepienia zarazkiem zabitym nie uodporniają. Pasteurowska metoda wysuszania rdzenia nie nadaje się, ponieważ zarazek jest odporny na wysuszanie. Tak samo zawodzą wielokrotne szczepienia zarazkiem, trzymanym w glicerynie, lub zarazkiem fenolizowanym (1—0,25% fenolu) — część zwierząt choruje, część się uodparnia.

Wynik szczepienia zarazkiem pm. zależy, jak wspominaliśmy, od sposobu wprowadzenia zarazka do ustroju. Podskórne szczepienia zakażają zaledwie $^1/_4$ małp. To samo dają przytoczone próby szczepień ochronnych. Stąd wniosek, że próby osłabienia zarazka dla celów zapobiegawczych są bezskuteczne.

Ciekawe wyniki otrzymali: Aycock i Kogan z uodpornianiem 5% zawiesiną zarazka przez wielokrotne szczepienia doskórne. Małpy dostawały w ciągu 1—5 miesięcy 30—75 razy doskórne wstrzykiwania 1—2 cc tej zawiesiny. Z 12 małp tylko 1 zachorowała wskutek szczepienia; 10 okazało się mniej więcej odpornych. Niektóre z nich wytrzymały najsurowszą próbę — 3-krotne zakażenie do mózgu. Surowica małp szczepionych posiadała wybitne własności bakterjobójcze. Szczepienia takie są niewątpliwie skuteczne, wymagają jednak dużo czasu i są kłopotliwe.

Levaditi'emu z Landsteinerem i Römerowi z Lewisem udawało się uodparniać zwierzęta mięszaniną zarazka z surowicą odpornościową.

Szczepienia doskórne małemi dawkami zarazka, oraz zarazkiem uczulonym (z surowicą ozdrowieńców) stanowią również sposoby uodpornienia przeciwko durowi plamistemu i gorączce gór skalistych.

Na uwagę zasługuje tu jeszcze praca Flexnera, który przypadkwo otrzymał mało zjadliwy szczep pm. Szczep ten u małp nawet po wstrzykiwaniu do mózgu wywołuje tylko łagodne postaci choroby. Przypuszczać należy, że w stosowaniu podskórnem, mógłby się on nadawać do szczepień ochronnych.

Sprawa szczepień ochronnych nie wyszła jeszcze, jak widzimy poza obręb prac ściśle doświadczalnych. Nigdy żadnych prób na ludziach w tym kierunku nie dokonano

Wspomnieć jeszcze należy, że Pettit otrzymuje surowicę przeciw pm. przez dożylne szczepienie zawiesiny rdzenia małpy, baranom i koniom. Po kilku miesiącach 1 ccm tej surwicy, zmięszany z 1/2 ccm gęstej zawiesiny rdzenia zobojętnia zarazek. Surowicę Pettit'a zastosowano leczniczo.

Badaniom zarazka poliomyelitidis poświęcili się tak wybitni uczeni, jak Wickman, Römer, Flexner, Levaditi i inni. Dali oni nam bardzo dużo ciekawych wiadomości, co do istoty tego zarazka. Niestety jesteśmy jednak jeszcze daleko od rozwiązania zagadnienia o etjologji tej choroby,

Piśmiennictwo.

Aycock et Amoss: The treatment of acute Poliomyelitis. J. Am. Med. Ass. 1923, 81, 474. — Aycock: The epidemiology of poliomyelytis with reference to its mode of spread. J. A. Med. Ass. 1926, 87. 75: — Aycock and Kagan: Experimental immunisation in poliomyelitis. J. of Immunology, 1927, XIV, 85. — Crentzfeld, Hans Gerhardt: Zur Histopathologie der experimentellen Poliomyelieis acuta bei Affen u. Meerschweinchen. Zeit. f. Hygiene, 1925, 105, 307. — Flexner: An immunising strain of the virus of poliomyelitis. J. ex. Med. 1924, 39, 625. — Flexner and Amoss: Revived activity of the virus of Poliomyelits J. of ex, Med. 1924, 39, 191. — Levaditi: Ectodermoses neurotropes. Monogrphie Inst. Pasteur, 1922. — Nivin and Bittmann: Experimental Poliomyelitis in rabbits. J. of Inf. Dis. 1924, 34, 420. — Picard, Hugo: Zur epidemischen Natur der Poliomyelitis anterior: Experimentelle u. spontane Uebertragung auf Affen u. Meerschweinchen. Z. f. Hygiene, 1925, 105, 307. — Pettit: Sur la préparation d'un sérum neutralisant le virus de la poliomyelite. C. R. S. B. 1918, 81. 1087. — Römer: Experimentelle Poliomyelitis. Ergeb. d. inneren Med: 1912, 8, 1. — Tenże: Heine-Medinische Krankheit. Pathologie u. Therapie Kraus u. Brugsch, 1919, Bd. II, T. II. — Rosenov: A precipitin reaction in epidemic: poliomyelitis. Pros. Soc. Ex: Baiol. a. Med: 1924, 22, 155: — Tenże: Turther studies of the poliomyelitis principitin reaction: J. of inf. Dis. 1926, 38, 532. — Tenże: A skin reaction in poliomyelitis. J. of. Inf. Dis. 1926, 38, 529. — Shaw, Thelander and Fleischner: Convalescent serum in preparalitic cases of poliomyelitis. J. Am. Med. Ass: 1925, 85, 1555: — Stefanopoulo: Sérothérapie antipoliomyelitique. These Med. Paris. 1924, 35. — W. Wernstedt: Epidemiologische Studien in Schweden (1911 — 13) Erg. der in. Med. 1924, Bd. 26, 248: — Tenże: Klinische Studien über die zweite grosse Poliomyelitisepidemie in Schweden. Erg. d. in: Med: 1924: Bd. 25, 705:

MEDYCYNA SPOŁECZNA.

L. HIRSZFELD, Kierownik Państwowego Zakładu Higjeny,
A. ŁAWRYNOWICZ, Kierownik pracowni bakterjologicznej Miejskiego Instytutu Higjenicznego m. Warszawy.

Sprawa szczepień ochronnych przeciwpłoniczych *).

Wyniki akcji dotychczasowej i schemat organizacji.

Szczepienia ochronne przeciwpłonicze rozpoczęte na jesieni 1925 r. prowadzono w dużym zakresie w ciągu 1925/26 i 1926/27 roku. W swoim okresie pierwszym (1925/26 r.) były one całkowicie oparte na koncepcji Dick'ów — z czego wynikało zastosowanie do uodpornienia toksyny paciorkowców płoniczych. W okresie drugim (1926/27 r.), po wzięciu pod uwagę dawnych prac Gabryczewskiego i Palmirskiego, używano do uodpornienia szczepionki typu Gabryczewskiego (miareczkowana toksyna, poddana działaniu formaliny + paciorkowce). W dwuletnim okresie spostrzeżeń, nagromadził się obfity materjał faktyczny, podawany w sprawozdaniach częściowych. W celu całkowitego ujęcia materjału nagromadzonego wyniki, otrzymane przez Państwowy Zakład Higjeny i Miejski Instytut Higjeniczny miasta Warszawy, poddano zestawieniu krytycznemu. Podane niżej liczby obejmują materjał obu instytucji. W przypadkach zgodności materjałów podane one zostały jako wynik wspólny; w przypadkach znacznej różnicy podano równolegle materjał obu instytucji.

Całość materjału podzielona w sposób następujący:

1) Wyniki badania wrażliwości na toksynę paciorkowca płoniczego (odczyn Dick'a) przed uodpornieniem;

2) Objawy poszczepienne (odczyn ogólny, miejscowy i nerkowy);

3) Wyniki badania wrażliwości na toksynę paciorkowca płoniczego (odczyn Dick'a) po uodpornieniu;

4) Wyniki epidemjologiczne uodporniania.

1) *Wyniki badania wrażliwości na toksynę paciorkowca płoniczego (odczyn Dick'a) przed uodpornieniem.*

Odczyn Dick'a wykonywano, zastrzykując do skóry 3 jednostki skórne toksyny paciorkowca płoniczego w 0,1 cm sz. Zsumowanie ogłaszanych częściowo materjałów przedstawia:

Tablica I.

Wiek	Liczba zbadanych	Liczba wrażliw.	Proc. wrażliwych
1— 5	1.097	912	83,1
5— 8	2.761	1.785	64,6
8— 9	2.154	1.233	57,2
9—10	2.391	1.304	54,5
10 11	2.938	1.635	55,6
11—12	3.025	1.639	54,1
12—13	3.166	1.636	51,7
13—14	2.772	1.352	48,7
14 -15	1.470	749	50,9
15—16	830	419	50,4
16—18	1.022	529	51'7
18— ∞	1.411	448	31,7
1—∞	25.037	13.641	54,4%

W tablicy tej widzimy wysoki odsetek wrażliwych w wieku 1—5 lat, ulegający wybitnemu obniżeniu w okresie 5—8 lat, z powolnym spadkiem w dalszych grupach wieku. Grupa powyżej 18 lat obejmowała wszystkie dorosłe osoby poddawane badaniu, czem się tłumaczy niski odsetek osobników wrażliwych.

Na wyniki tablicy 1-szej złożyły się materjały, dotyczące wrażliwości w rozmaitych środowiskach (np. wieś, miasto, szkoły powszechne i średnie itd.). Dane przeciętne, dotyczące niektórych poszczególnych środowisk podaje:

Tablica II.

		Liczba zbadanych	Procent wrażliwych
1	Przychodnia	1.027	88,5
2	Dzieci warszawskie, prawie wyłącznie przedszkola i szkoły powszechne	14.613	60,1
3	Gimnazja żeńskie	1.242	57,7
4	Gimnazja męskie	318	51,0
5	Szkoły powszechne (pow. Brodnica)	4.011	45,6
6	Szkoły powszechne (pow. Skierniewice)	1.931	47,1
7	Przytułki	706	45,0
8	Rekruci	1.189	27,6

*) Wyniki zostały opracowane na mocy ogłoszonych prac Celarka i Sparrowej (Med. Dośw. i Społ. T. VI. zesz. 3—4), Sparrowej (Polska Gaz. Lek. 1926, Nr. 62), Sparrowej (C. R. d. Soc. Biol. 1926, T. 95), Sparrowej i Kaczyńskiego (Warsz. Czas. Lek. 1927, Nr. 6 i C. R. d. Soc. Biol., T. 96, str. 1476), Celarka i Sparrowej (Pedjatrja Polska, T. VII, zesz. 4, 1927) z ramienia Państwowego Zakładu Higjeny i Ławrynowicza (Polska Gaz. Lek. 1926, Nr. 52 (2 artykuły), Polska Gaz. Lek. 1927, Nr. 21 (2 art. i 36), M. Hryniewiczówny (Polska Gaz. Lek. 1926, Nr. 31), Hryniewiczówny i Wasilewskiej (Polska Gaz. Lek. 1927, Nr. 21) z ramienia Miejskiego Instytutu Higjenicznego.

Tablica II-ga nie wykazuje tych szczególnych cech, jakichby się należało a priori spodziewać, np. środowisko wiejskie daje niższy odsetek wrażliwych (45%) niż środowisko wielkomiejskie (60%). Wynik ten zależeć mógł od szeregu czynników związanych z metodą miareczkowania toksyny paciorkowcowej, niedostatecznie jeszcze ujednostajnioną w okresie badań.

2) *Objawy poszczepienne.*

Szczepienia wykonywano podskórnie, zastrzykując 500, 1000, 2000 jednostek skórnych w odstępach 5—7-dniowych; po 3-ch szczepieniach (razem 3.500 jednostek skórnych) sprawdzano powtórnie odczyn Dick'a. O ile wynik odczynu wykazywał trwającą wrażliwość — wykonywano czwarte szczepienie (dawka 3.000 jednostek skórnych).

a) *Odczyn ogólny* występował najczęściej w postaci podniesienia ciepłoty, której przebieg przedstawia:

Tablica III.

Szczepienia	Liczba	T° normal		T° 37,5°		T° 38°		T° 39° 40°		Ogólnie gorączkujących	
Gimnazja żeńskie											
I.	698	594	78,7%	107	15,4%	32	4,5%	10	1,4%	149	21,3%
II.	672	584	86,9 „	74	11,0 „	9	1,3 „	5	0,8 „	88	13,1 „
III.	649	604	93,1 „	3	5,7 „	8	1,2 „	—	—	45	6,9 „
Gimnazja męskie											
I.	128	107	83,6%	10	7,8%	6	4,7%	5	3,9%	21	16,4%
II.	127	120	94,4 „	1	0.8 „	3	2,4 „	3	2,4 „	7	5,6 „
III.	119	118	99,2 „	1	0.8 „	—	—	—	—	1	0.8 „

Wynika z niej, że silniejsze odczyny ogólne zaznaczają się rzadko; liczba wybitnych odczynów po 2-iem i 3-iem szczepieniu jest niższa, aniżeli po 1-szem. Znaczne różnice w odsetkach odczynu u chłopców i dziewcząt najprawdopodobniej nie są zależne od różnicy płci i polegają na czynnikach przypadkowych. Inne przejawy odczynu ogólnego (wysypka, wymioty, złe samopoczucie) występowały w przypadkach wyjątkowych.

b) *Odczyn miejscowy* dawał bardzo szerokie granice wahań od nieznacznego zaczerwienienia do dużych nacieków i bolesności włącznie, utrudniającej niekiedy ruchy kończyny, przeważnie w ciągu 24 godz. Różnice te mogły zależeć od rozmaitej wrażliwości szczepionych oraz od właściwości poszczególnych serji szczepionki.

c) *Odczyn nerkowy* występował rozmaicie. Zwłaszcza występował on po zastosowaniu szczepień oryginalną metodą Dick'ów (toksyną). W stopniu znacznie słabszym dawał się spostrzegać po szczepieniach szczepionką Gabryczewskiego (w postaci zawierającej zawiesinę bakterji w miareczkowanej toksynie paciorkowcowej, przechowywanej z formaliną). Ilościowa i jakościowa strona odczynu w przypadkach poszczególnych ulegała znacznym wahaniom — od śladów białka, pojedyńczych czerwonych i białych krwinek w osadzie — do białka ilościowego, wałeczków, liczniejszych krwinek i ciałek ropnych.

Po szczepieniach metodą Gabryczewskiego (w wyżej wzmiankowanej postaci) Miejski Instytut Higjeniczny znajdywał wyraźne zmiany w 15,6% przypadkach. Na mocy tych danych wskazane jest badanie moczu przed szczepieniami, jako też podczas ich wykonywania, często bowiem u dzieci zgłaszających się do szczepień, pozornie zdrowych, można stwierdzić utajone sprawy nerkowe, które mogłyby ulec pogorszeniu w razie zastosowania szczepionki. Wszystkie te objawy ze strony dróg moczowych ustępowały zazwyczaj wkrótce po ukończeniu szczepień, w wyjątkowych tylko przypadkach utrzymywały się dłużej. W pewnym odsetku (7,8%) przypadków szczepionych zmiany w moczu, istniejące przed szczepieniem, w toku szczepień ustępowały, co świadczy, że w części przypadków występowanie elementów patologicznych w moczu po szczepieniu, stanowić może wynik działania innych czynników, niezależnych od szczepienia.

Poza osobnikami ze zmianami patologicznemi w moczu w akcji naszej nie szczepiliśmy dzieci chorych lub podejrzanych na gruźlicę, dzieci gorączkujących i ze stanami podgorączkowemi.

Na zasadzie dotychczasowych spostrzeżeń można mieć nadzieję, że wprowadzenie anatoksyny paciorkowcowej w celu uodpornienia zmniejszy odsetek i natężenie odczynów poszczepiennych.

3) *Wyniki badania wrażliwości na toksynę paciorkowca płoniczego (odczyn Dick'a po uodpornieniu (po otrzymaniu 3.500 jednostek skórnych).*

W 5—8 tygodni po ukończeniu uodpornienia wykonywano powtórnie odczyn Dick'a w celu sprawdzenia wyniku uodpornienia.

Nie nadając wartości absolutnej częściowemu osłabieniu natężenia, względnie wystąpieniu odczynu ujemnego, za niewątpliwy wynik dodatni uodpornienia uważamy tylko otrzymanie odczynu Dick'a ujemnego (u osób poprzednio wrażliwych).

Do otrzymania wniosków służył materjał, obejmujący dzieci zbadane po wykonaniu trzykrotnego szczepienia. Wyniki otrzymane przedstawiają się w sposób następujący:

W Warszawie zbadano powtórnie 5.367 osób, z czego 20,4% dało wynik ujemny odczynu Dick'a, czyli zostało całkowicie uodpornione.

Materjał powiatów Brodnickiego i Skierniewickiego na 1.161 osób badanych dał 62,9% uodpornionych. Różnice w odsetku uodpornionych w materjale powyższym polegają na uwzględnieniu w obliczeniach, obejmujących osoby szczepione w powiatach Brodnickim i Skierniewickim, częściowego uodpornienia, które się wyraża bądź w osłabieniu dodatniego odczynu, bądź też w występowaniu odczynu rzekomo ujemnego.

W roku 1925/26 stosowano jak wyżej zaznaczyliśmy stosunkowo małe dawki (3.500 jedn. skórn.). W ostatnich czasach używa się dawek większych, co zwłaszcza zostało ułatwione dzięki wprowadzeniu do szczepień anatoksyny. U uodpornianych w ten sposób odsetek uodpornionych jest znacznie wyższy.

4) *Wynik epidemjologiczny uodpornienia* zaznacza się w liczbach zachorowań u osób szczepionych. Materjał, dotyczący zachorowań, zebrany był przez Państwowy Zakład Higjeny i Miejski Instytut Higjeniczny. Wobec zastosowania odmiennej w każdej grupie metody obliczenia, wyniki każdej z nich podajemy osobno.

Państwowy Zakład Higjeny porównywał procent zachorowań u szczepionych z procentem reszty ludności Warszawy, odpowiadającej wiekiem szczepionym, przyczem liczbę zachorowań ustalał na zasadzie danych Wydziału Zdrowia m. st. Warszawy. Materjał obejmował różne typy szczepionki i różne okresy trwania spostrzeżeń (od 18 do 3-ch mies.).

Miejski Instytut Higjeniczny do obliczeń swoich wykorzystał wyłącznie dane otrzymane na materjale przedszkoli i szkół powszechnych szczepionych, porównując je z zachorowaniami w przedszkolach i szkołach powszechnych nieszczepionych. Materjał obejmuje tylko osoby szczepione metodą Dick'ów; okres spostrzeżeń 15—11 miesięcy. Materjał dotyczący zachorowań u szczepionych, otrzymano w wyniku personalnego sprawdzania w szkołach. Materjał porównawczy (szkoły nieszczepione) udzielony był przez Sekcję Higjeny Szkolnej m. Warszawy.

Państwowy Zakład Higjeny na 16.345 szczepionych daje 0,37% zachorowań. Nieszczepionych uwzględniono 89,818. Wziąwszy pod uwagę zachorowalność ogólną oraz to, że odsetek Dick + (ulegających prawie wyłącznie chorobie) wynosi 60%, stwierdzamy, że odsetek zachorowań u nieszczepionych Dick + wynosi 1,9%.

Miejski Instytut Higjeniczny wykazuje w szkołach powszechnych wśród 7887 szczepionych 0,4% zachorowań; odsetek zachorowań wśród Dick + z pośród 63.920 nieszczepionych wynosi 1,09%. W przedszkolach wśród 583 szczepionych 2,2% zachorowań, wśród Dick + pośród 4157 nieszczepionych 3.5%.

Przebieg zachorowań u osób szczepionych, względnie zejścia śmiertelne, uwzględniono w ogłoszonych materjałach Państwowego Zakładu Higjeny i Miejskiego Instytutu Higjenicznego. Wobec tego, iż do wyciągnięcia wniosków co do wpływu szczepień na przebieg zachorowań i na zgony, niezbędne jest porównanie z przebiegiem zachorowań i zgonami u nieszczepionych, w okresie tejże samej epidemji, na razie powstrzymujemy się od wypowiedzenia ostatecznego w tej sprawie. Odpowiednie materjały statystyczne są obecnie w opracowaniu. Zaznaczamy, że przebieg zachorowań u szczepionych miał typ różnorodny.

* * *

Przedstawiony wyżej materjał upoważnia do szeregu wniosków, mogących stanowić wskazówkę dla organizacji akcji szczepiennej w przyszłości. Wnioski te dotyczą: a) potrzebnych do

przeprowadzenia akcji preparatów, b) sposobu wykonywania szczepień, c) sposobu wykorzystania materjału pod względem statystycznym.

a) *Potrzebne do wykonywania akcji preparaty:*

1) Sprzeczne nieraz wyniki badania wrażliwości na toksynę paciorkowca płoniczego, wysuwają konieczność międzynarodowego ustalenia sposobu sporządzania i miareczkowania toksyny. Inicjatywę w tym kierunku podjęła Sekcja Higjeny Ligi Narodów.

2) Sprawa rodzaju szczepionki nie może być w chwili obecnej uważana za zdecydowaną. Wychodząc z faktu, że w patogenezie płonicy poza objawami intoksykacji występuje zakażenie paciorkowcowe (z rozmaitemi sprawami miejscowemi) zasadniczo w chwili obecnej uważamy, szczepionkę zawierającą zawiesinę paciorkowców w toksynie względnie anatoksynie paciorkowca płoniczego (schemat Gabryczewskiego) za bardziej wszechstronną pod względem antygennym.

Spostrzeżenia już poczynione pozwalają na wysunięcie wymagania stosowania toksyny paciorkowcowej w postaci anatoksyny.

b) *Sposób wykonywania szczepień.*

1) Szczepieniom ochronnym poddawać należy dzieci z odczynem Dick'a dodatnim.

2) Szczepienia są przeciwwskazane u osób chorych, gorączkujących, dotkniętych gruźlicą, jak również ze schorzeniami dróg moczowych.

3) Przed rozpoczęciem szczepień ochronnych należy przeprowadzić badanie moczu (białko, osad) dzieci, które przedtem nie były pod systematycznym dozorem lekarskim: pożądanem jest, ze względu na możliwe odczyny nerkowe, kontrolowanie moczu w toku szczepień.

4) Po ukończeniu szczepień należy powtórnie wykonać odczyn Dick'a (po upływie 4—6 tygodni od ostatniego szczepienia), w celu stwierdzenia wyniku uodporniania. W razie dalszego trwania wrażliwości należy zastosować jeszcze jedno szczepienie. Trwałość uodpornienia należy kontrolować raz do roku.

5) Szczepienia ochronne przeciwpłonicze należy wykonywać w okresie poprzedzającym epidemję płonicy, w kwietniu—maju każdego roku.

6) W przypadkach występowania płonicy w rodzinie, członkowie rodziny (Dick-dodatni) mogą być poddani szczepieniom po upływie 5—7 dni od chwili odosobnienia od chorego: (tam gdzie odosobnienie jest możliwe, względnie kontakt z chorym był bardzo ścisły, należy poprzednio zastrzyknąć 10 cm sz. surowicy przeciwpłoniczej).

c) *Sposoby wykorzystania materjału pod względem statystycznym.*

1) Dokładna rejestracja szczepień stanowi warunek obowiązujący w każdym przypadku ich wykonywania.

2) Ewentualne przypadki zachorowań wśród szczepionych należy szczegółowo rejestrować na podstawie danych przebiegu klinicznego.

3) Do wyciągnięcia wniosków porównawczych co do wpływu szczepień na odczyn Dick'a, na zachorowania oraz na ich przebieg u osób szczepionych w porównaniu z osobami nieszczepionemi, należy rozporządzać materjałem równowartościowym (wiek, grupa społeczna) z okresu tej samej epidemji.

4) Ustalenie zachorowań u szczepionych i nieszczepionych winno się odbywać wszędzie, gdzie to jest możliwe, drogą personalnego sprawdzania w instytucjach lub w mieszkaniach.

Z HISTORJI MEDYCYNY.

W. NOWICKI. Lwów.

Z dziejów Lwowskiego Tygodnika lekarskiego i jego następcy, organów Towarzystwa lekarskiego lwowskiego.

Z powodu 50-lecia tegoż Towarzystwa.

Ciąg dalszy.

Skromnie też przedstawia się ten rocznik X Tygodnika, obejmuje on bowiem zaledwie 14.7 arkuszów druku tekstu z 23 artykułami oryginalnemi. Następuje rok 1921. Redakcja i Administracja pisma, te same, zwalczają trudności nie do przezwyciężenia. To samo dzieje się gdzieindziej. Materjału napływa coraz więcej — a niema go za co drukować. Unifikacja abonentów trzech pism nie wystarczyła. „Przegląd lekarski" w numerze 6 1921 zwraca się z wezwaniem do wszystkich Kolegów z propozycją płacenia po 1800 Mkp. za wszystkie trzy pisma i zgłaszania się do Redakcji, która, po otrzymaniu zgłoszeń, przekona się, czy zamierzona próba może liczyć na powodzenie. Dewaluacja, postępuje tempem wprost niewiarygodnem, czyni wszelkie obliczenia, nawet na czas najbliższy, iluzorycznemi. Lwowskie Tow. Lekarskie zdaje sobie sprawę z trudności, z jakiemi walczy jego organ, to też na posiedzeniu dnia 11 marca 1921, przy sposobności sprawozdania rachunkowego Administracji pisma za r. 1920, uchwala przez aklamację wyrazy uznania dla kolegów Bocheńskiego i Nowickiego za wytrwałą i bezinteresowną pracę w organie Towarzystwa.

Coraz bardziej wzrastające trudności i beznadziejność dalszego wydawania, mimo materjału redakcyjnego, coraz obficiej napływającego, a z drugiej strony stwierdzenie, że dobra wola i unifikacja pisma i inne próby nie przyniosły żadnej poprawy, wyłoniły myśl kolegów Lwowskich, oparcia wydawnictwa perjodycznego pisma lekarskiego na zasadzie innej, jak dotychczas, t. j. nie na Towarzystwach, jako właścicielu i wydawcy, lecz na wydawcy prywatnym, najlepiej fachowym. Koledzy ci zdawali sobie dobrze sprawę również z tego, że takie rozwiązanie sprawy może być zasadniczo przeprowadzone tylko wówczas, jeżeli nastąpi zlanie się wszystkich pism tygodniowych lub mających ten charakter, w pismo jedno. Koledzy ci, wiedzeni najlepszym zamiarem ratowania upadającego piśmiennictwa lekarskiego, widząc upadek jego, szybko postępujący, postanowili natychmiast przystąpić do dzieła, unikając zbyt licznych i rozwlekłych konferencyj i przeciągania.

Ponieważ wstępne czynności informacyjne wykazały, że taki księgarz-wydawca się znalazł, a był nim znany i zasłużony wydawca H. Altenberg, chodziło zatem o przystąpienie do rokowań z redakcjami i właścicielami pism o zgodę na przeprowadzenie ich fuzji. Przedewszystkiem chodziło o dwa pisma małopolskie, Przegląd i Tygodnik lekarski, a dalej o Gazetę warszawską i Nowiny lekarskie, wreszcie o niedługo wychodzącego „Lekarza wojskowego". Tymi, którzy pierwsi zajęli się sprawą oparcia pisma na wydawcy prywatnym, a dalej poruszyli sprawę unifikacji pism wspomnianych był redaktor i administrator Tygodnika oraz prof. Franke i Groer.

O ile sprawa wyszukania wydawcy zawodowego, dzięki zrozumieniu rzeczy przez p. H. Altenberga, została pomyślnie załatwiona, sprawa zlania się pism, jak należało się spodziewać, natrafiła na poważne trudności, wymagała wiele czasu i trudu. Należy podnieść, że wydawca, przy wstępnem omawianiu sprawy, domagał się, jako warunku podjęcia wydawnictwa, rozpoczęcie jego z dniem 1 października 1921, a więc w kwartale ostatnim, uważając te pierwsze trzy miesiące wydawania pisma za czas próbny, i od niego uzależnił dalsze wydawanie jego od 1 stycznia 1922; drugim warunkiem, chociaż niebezwzględnym, była fuzja pism dotychczasowych, jeżeli nie wszystkich, to narazie małopolskich. Nie było więc wiele czasu. W czasie feryj, t. j. w lipcu rozpoczęły się pertraktacje.

Historja tych pertraktacyj obejmuje pokaźną liczbę listów i pism oficjalnych i prywatnych osób współczesnych. Zarówno pokaźny materjał odnośny, jak liczne szczegóły z rokowaniami związane, nie pozwalają na przytaczanie ich na tem miejscu, zresztą nie wszystko nawet nadaje się do wciągania w historję zabiegów, jakie robiono dla przeprowadzenia zlania się pism naszych w pismo jedno. Ograniczę się więc tylko do podania etapów najważniejszych.

Rokowania rozpoczęły się w Krakowie, dokąd dwukrotnie wyjeżdżał redaktor Tygodnika, wraz z prof. Frankem. Niezmiernie życzliwe, pełne zrozumienia i ofiarne stanowisko na wstępie zajął prof. Ciechanowski, ówczesny redaktor „Przeglądu lekarskiego", a następnie Krakowska Komisja redakcyjna oraz przedstawiciele krakowskich organizacyj lekarskich. Dzięki temu stanowisku niedługo po rozpoczęciu rokowań nastąpiło porozumienie co do zlania się „Przeglądu lekarskiego" z „Lwowskim Tygodnikiem lekarskim" w pismo tygodniowe „Polskie Czasopismo lekarskie". Następnie Walne Zgromadzenie Krakowskiego Towarzystwa lekarskiego uchwaliło przystąpienie „Przeglądu lekarskiego" do fuzji i uznało „Polskie Czasopismo lekarskie" za swój organ, jako dalszy ciąg wydawnictwa Przeglądu, z tem zastrzeżeniem, że pod nagłówkiem nowego pisma ma być umieszczone: „dawniej Przegląd lekarski oraz Czasopismo lekarskie i Lwowski Tygodnik lekarski". Taksamo postąpiło Lwowskie Towarzystwo lekarskie. Dla wyjaśnienia należy dodać, że dawniejsze „Czaso-

pismo lekarskie“ było organem Towarzystw lekarskich prowincjonalnych Królestwa Polskiego, a po zawieszeniu jego wydawnictwa zlało się ono z Przeglądem lekarskim, który też pod tytułem głównym miał dopisek „oraz Czasopismo lekarskie“. Należało więc i co do tego b. Czasopisma lekarskiego zwrócić się o zgodę na zlanie się z pismem nowem do Łodzi. Dr. S. Sterling w piśmie osobnem, imieniem czynników odpowiednich, wyraził na to zgodę. Również korespondencja, przeprowadzona z drem Sterlingiem z Łodzi, ustaliła utworzenie tamże Komitetu miejscowego redakcyjnego z przewodniczącym dr. S. Sterlingiem.

Tymczasem we wrześniu wyszedł 9 i ostatni numer Tygodnika lekarskiego, podobnie Przeglądu lekarskiego. Oba pisma na początku numerów ostatnich umieściły, co następuje:

„Aby uczciwie wypełnić swój obowiązek wobec lekarzy polskich, wypełnić słuszne ich żądania i zaspokoić niezbędne potrzeby, aby dalszą swą służbę z rzeczywistem dla nauki lekarskiej pełnić pożytkiem, sprzymierzone dotąd polskie czasopisma lekarskie wcielają się w jeden nowy wspólny tygodnik. Spełnia się myśl, rzucona przed dwoma dziesiątkami lat, skupienia sił, zestrzelenia myśli w jedno ognisko. Zapewne, — milejby może było dojść do tego bez nacisku okoliczności zewnętrznych, ale niema powodu nań się żalić, skoro przyspiesza uzdrowienie naszego czasopiśmiennictwa i kształtuje je według praw postępu. Boć „trzeba z żywymi naprzód pójść, po życie sięgać nowe!“

Przestając istnieć, jako osobne organizmy, zrzekając się swej indywidualności, ponoszą nasze czasopisma ofiarę z niejednego, co im było naprawdę drogie, czyto z chlubnej tradycji półwiekowej pracy i szerokiego wpływu, czy ze swej służby na stołecznych, dzielnicowych lub kresowych placówkach. Ale ofiarę tę składają chętnie, jako daninę na rzecz wspólnego dobra, jako symbol zjednoczenia i na tem polu dzielnic, rozgrodzonych do niedawna wrażą przemocą, jako znak zapomnienia o czasach niewoli.

Wiernym swym czytelnikom i przyjaciołom składają nasze czasopisma w tej przełomowej chwili z serca płynące podziękowanie za ich współpracę i pomoc w przeszłości, ale nie żegnają się z nimi. Wszak, porzuciwszy dziś swą postać dawną, odżyją jutro w nowej, wierzymy, że lepszej postaci, a ‚Polskie Czasopismo Lekarskie“ będzie wprost dalszym ciągiem czasopism dzisiejszych. Zmieni się tylko nazwanie, wzmocnią się wiązania i żagle, za wiosła i za ster, obok spracowanych już dłoni, młodsze, silniejsze pochwycą już ręce; a statek, co tyle już przetrwał zwycięsko, tylko silniej i szybciej płynąć będzie ku brzegom, gdzie mieszka Prawda i Dobro“.

Na końcu numeru oba pisma zamieściły zawiadomienia od Administracji, dotyczące szeregu formalności, związanych ze zlania się w pismo nowe.

W ostatnim, t. j. XI roczniku, już niezupełnym, bo obejmującym tylko 9 numerów, Tygodnik mógł dać zaledwie 10.5 arkuszów druku tekstu z 25 artykułami oryginalnemi.

W ten sposób w ciągu niecałych lat jedenastu swego istnienia samodzielnego wydał Lwowski Tygodnik lekarski nieco ponad 803 arkuszów druku tekstu z 620 artykułami, w czem 96, t. j. 15,4%, było artykułów zamiejscowych.

Jak z przedstawionej kroniki chronologicznej widać, pismo rozwijało się stale w czasie przedwojennym, tylko z bardzo nieznacznemi wahaniami. Jeżeli objętość pisma i liczba artykułów, w niem zawarta, może być wykładnikiem rozwoju pisma tego typu, co Tygodnik lekarski, to szczyt rozwoju jego przypadł na rok 1912. Nie jest wykluczone, że pod względem liczby arkuszów druku tekstu byłby rok 1914 prawdopodobnie przewyższył wszystkie inne roczniki — niestety, wybuch wojny i jej następstwa przetrwały dalsze wydawanie pisma na lat 5 i pół. Lata 1920 i 1921 — to lata prawdziwej mizerji i zmagania się, lata, które musiały doprowadzić do radykalnej zmiany w wydawnictwie naszych pism lekarskich tygodniowych.

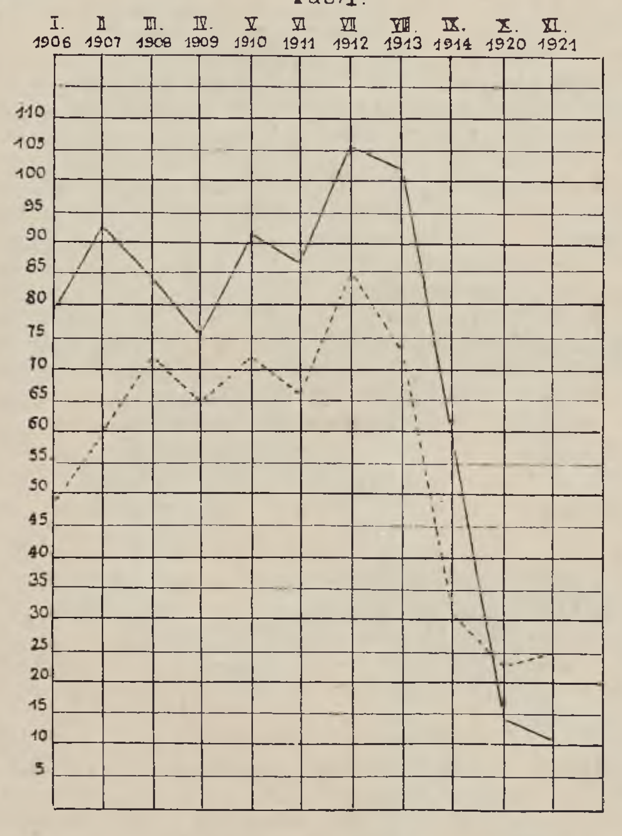
Tygodnik lekarski był istotnie odbiciem wiernym życia Lwowskiego Tow. lekarskiego, a także wydarzeń życia miejscowego świata lekarskiego i b. trzech zaborów. Jak wykazują jego roczniki, brał on żywy udział, pośrednio lub bezpośrednio, w jego dziejach, zjazdach i jubileuszach zrzeszeń lekarskich lub jednostek zasłużonych, poświęcając im niejednokrotnie specjalne celowo ułożone numery.

Nie można też nie wspomnąć o wpływie tego pisma na młode pokolenia lekarskie, tym wpływie, który przecież był celem jego inicjatorów i założycieli. Było też to pismo bodźcem do pracy naukowej i piśmienniczej dla młodych kolegów, tak widocznym, zwłaszcza w początkach jego istnienia. Związane ściśle z Wydziałem lekarskim i Towarzystwem lekarskiem było ono pewnem odzwierciedleniem ich dziejów. Niech te uwagi będą kiedyś przyczynkiem do historji jego, znaczenia i roli, jakie odegrało ono w pewnej epoce życia świata lekarskiego, szczególnie we Lwowie.

Równocześnie z rokowaniami krakowskiemi, a następnie także po nich, odbywały się rokowania i żywa korespondencja z kolegami warszawskimi, przedewszystkiem zgrupowanymi koło „Gazety lekarskiej“. Zapoczątkowały je nieoficjalne rozmowy, jakie w Krakowie odbyli koledzy Franke i Nowicki z jednym z współwłaścicieli „Gazety lekarskiej“, które, do pewnego stopnia, budziły nadzieję pomyślnego załatwienia sprawy z „Gazetą lekarską“ i zachęcały do rokowań w kierunku jej fuzji z „Polskiem Czasopismem lekarskiem“. Jednakże wkrótce nadeszły wiadomości, że grono właścicieli „Gazety“ uchwaliło nieprzystępować do fuzji, natomiast, widząc niezwykle ciężkie warunki, w jakich znalazło się pismo, zebrało fundusz, uprosiło na redaktora prof. Hornowskiego i postanowiło na razie wydawać „Gazetę lekarską“, jako dwutygodnik. Podnieść jednak należy, że w Warszawie odzywały się także głosy za fuzją. Pertraktacje z „Nowinami lekarskiemi“ zaraz z początku nierokowały dobrych nadziei, mimo, że także w Poznaniu znaleźli się koledzy, którzy zlanie się pism w jedno uważali za rzecz dobrą.

Tymczasem Tow. lekarzy polskich b. Galicji (dawniejsze Tow. lekarzy galicyjskich), Koło Łuckie Związku lek P. P. i Krakowski Związek lekarzy uznały „Polskie Czasopismo lekarskie“ za swój organ.

Tab. I.



Przedstawienie graficzne liczby arkuszów druku i prac w jedenastu rocznikach Lwowskiego Tygodnika lekarskiego.

Krzywa ciągła przedstawia liczbę arkuszów, przerywana liczbę prac w poszczególnych rocznikach.

Wydawca nalegał na wydanie numeru pierwszego nowego pisma, odkładanego z dnia na dzień z powodu rokowań warszawskich, powołując się na jeden z warunków podjęcia wydawnictwa. Wreszcie pismo ukazało się z datą 9 października 1921, jako „Polskie Czasopismo lekarskie“, dawniej Przegląd lekarski oraz Czasopismo lekarskie i Lwowski Tygodnik lekarski, organ Towarzystw lekarskich krakowskiego i lwowskiego, Tow. lekarzy polskich b. Galicji, Towarzystw prowincjonalnych b. Kongresówki, Związku lekarzy Polaków we Wilnie, Koła łuckiego Związku lekarzy P. P., Towarzystw lekarskich polskich zagranicznych w Chicago i Detroit oraz Izb lekarskich w Krakowie i Lwowie, pod redakcją przewodniczących Komitetów miejscowych, Prof. dr. St. Ciechanowskiego (Kraków), Prof. dr. W. Nowickiego (Lwów) i Dra S. Sterlinga (Łódź). Sekretarz generalny i redaktor odpowiedzialny dr. A. Kuhn (Lwów).

Nakładem H. Altenberga (Lwów) i E. Wendego i Ski (Warszawa). Na kartce anonsowej zamieszczono odezwę: Do Czytelni-

ków! W odezwie tej Redakcja zawiadamia o dokonaniu fuzji Przeglądu oraz Czasopisma lekarskiego z Lwowskim Tygodnikiem lekarskim, jako wyraz domagania się, a nawet uchwał Zjazdów lekarzy i przyrodników polskich, zjednoczenia pism tygodniowych w pismo jedno. Dalej podniesiono ciężkie warunki, w jakich znalazła się po wojnie polska prasa lekarska. Zamieszczono program pracy na przyszłość. Odezwa kończy się słowami: „Redakcja, podejmując tradycję zasłużonych pism dawnych, wzmocniona młodemi i jędrnemi siłami, i w nadziei rzetelnego poparcia przez szeroki ogół Kolegów, przystępuje do pracy ciężkiej, lecz wdzięcznej, pod hasłem zjednoczenia w zjednoczonej Ojczyźnie!"

Na początku numeru pierwszego umieszczono wstęp następujący: „Wskrzeszenie Państwa postawiło społeczeństwo polskie przed nowemi wielkiemi zadaniami. Równo z samodzielnością polityczną nastała możność samodzielnego rozwoju na każdem polu, a z nieodpartą siłą narzuciła się konieczność samodzielnego pochodu na wielu drogach, gdzieśmy poprzednio nieraz za obcym tylko szli śladem. Dotyczy to poniekąd i medycyny polskiej, a za jej szerszemi dziś zadaniami nadążać musi i polskie czasopiśmiennictwo lekarskie.

Dotychczasowa jego postać stała się przeżytkiem. Razem z granicznymi słupami zaborów upadły dzielnicowe jego zadania i hasła i znikły przeszkody stworzenia jednego wspólnego ogniska. Wnet także, narówni z innymi działami nauki, natrafiły polskie wydawnictwa lekarskie w swej dawnej postaci na nieprzewalczone trudności i niemogły już należycie zaspokajać potrzeb czytelników lekarskich. Czas więc przekształcić je wedle zasad nowoczesnej techniki wydawniczej na wzór dużych czasopism zagranicznych, aby mogły z niemi w równym stanąć szeregu, polskiej nauce lekarskiej znowu skutecznie naprawdę służyć i lekarzom polskim wystarczać.

Oto geneza Polskiego Czasopisma lekarskiego, powstającego przez dobrowolne złączenie się dotychczasowych czasopism i wcielającego w ten sposób myśl, podjętą już przed dwudziestu laty na IX Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie. Polskie Czasopismo lekarskie, chcć do wypełnienia nowych zadań będzie nowych szukać środków, uważa się niemniej za dziedzica swych poprzedników, a zachowaniem ich nazw w swym nagłówku zaznacza, iż nie zrywa węzła z tem, co w ich tradycji było dobre i krzepkie; iż przejmuje wobec medycyny polskiej ich obowiązki i odpowiedzialność; iż dążyć będzie, jak owe, do tych samych wysokich celów, a zadania swoje, jak one, uważać za publiczną służbę.

To też wraz z gronem młodszych stają do pracy w „Polskiem Czasopiśmie lekarskiem" w jednym szeregu dawni czasopism naszych pracownicy, przekonani, że zjednoczeniem tem kładą mocne i zdrowe podwaliny dla przyszłości".

W numerze tym umieszczono prace: W. Arnolda (Lwów), Nowaczyńskiego (Kraków), Landsberga (Warszawa), Leyki i Sikorskiego (Warszawa), Zaczka (Lwów); z praktyki Progulskiego; sprawozdanie poglądowe Parnasa; Oceny i sprawozdania; Przegląd piśmiennictwa; Ruch w Towarzystwach; Medycyna społeczna — Nowickiego; Sprawy zawodowe — Papeégo; Wiadomości bieżące.

Starania o porozumienie z „Gazetą lekarską" jednak nieustawały. Ostatecznym wyrazem tych starań było zaproszenie na naradę w w sprawie zjednoczenia czasopism lekarskich polskich w dniu 20 listopada 1921 w Krakowie, podpisane przez dziekana Wydz. lek. U. J. prof. Łazarskiego, prezesa Krak. Tow. lekarskiego prof. Rosnera i prezydenta Izby lekarskiej krakowskiej dra Schoenguta-Strzemieńskiego — wszyscy podpisani imieniem odnośnych ciał i zrzeszeń. Zaproszenie miało datę 9 listopada 1921. Na skutek tego zaproszenia odbyła się narada w Krakowie w dniu oznaczonym w lokalu Towarzystwa lekarskiego. W naradzie wzięli udział: prof. Kostanecki (Wydział lek.), prof. Ciechanowski (Przegląd lek.), dr. Woyciechowski (Admin. Przeglądu), Prof. Rosner (Tow. lek.), dr. Schoengut-Strzemieński (Izba lek.) — z Krakowa; prof. Franke (Wydz. lek.), prof. Rencki (Tow. lek. p. b. Galicji), prof. Nowicki (Tow. lek. i Red. Czasop. lek.), dr. Papeé (Izba lek.) — ze Lwowa; prof. Hornowski (Wydz. lek.), dr. Szumlański (Gazeta lek.) — z Warszawy: doc. Borowiecki (Wydz. lek. i Nowiny lek.) — z Poznania — razem osób 12. Przewodniczącym konferencji wybrano prof. Kostaneckiego. Po wstępnem przemówieniu przewodniczącego prof. Ciechanowski przedstawił sprawę unifikacji pism perjodycznych lekarskich polskich, prof. Nowicki przedstawił sprawę powstania „Polskiego Czasopisma lekarskiego" i stan rokowań dotychczasowych w sprawie unifikacji ich, następnie przemówił dr. Szumlański i prof. Hornowski. Rozwinęła się żywa dyskusja, w której większość znaczna oświadczyła się za unifikacją pism. Ostatecznie po chwilowej przerwie, celem porozumienia się, delegaci warszawscy oświadczyli, że „Gazeta lekarska" przystąpi do fuzji, jednak pod pewnemi warunkami. Mianowicie domagali się oni, aby pismo wspólne miało nagłówek ‚Polska Gazeta lekarska", a nadto poruszyli inne żądania, które jednak postanowiono omówić z wydawcą przy sposobności Zjazdu w Warszawie z powodu 100-lecia Warszawskiego Tow. lekarskiego. Co do Nowin lekarskich, delegat doc. Borowiecki oświadczył imieniem Redakcji, że pismo będzie nadal wychodzić. Wobec tego uproszono prof. Ciechanowskiego, aby, przy sposobności zamierzonego pobytu w Poznaniu, starał się, by Nowiny przybrały charakter pisma referatowego. Na wniosek prof. Nowickiego uchwalono, aby prof. Ciechanowski opracował regulamin redakcyjny. W dalszym ciągu posiedzenia wziął udział p. Altenberg, który też poinformował, miedzy innemi, zebranych, że ma zamiar w przyszłości najbliższej dążyć do utworzenia Spółki wydawniczej lekarskiej, przedewszystkiem dla „Polskiej Gazety lekarskiej", która zacznie wychodzić od 1 stycznia 1922. Uchwały delegatów co do przystąpienia Gazety lekarskiej do fuzji w Polską Gazetę lekarską miały być zatwierdzone przez Tow. lekarskie krakowskie i lwowskie, przez Stowarzyszenie lekarzy polskich w Warszawie i właścicieli Gazety lekarskiej. Oświadczenie delegatów warszawskich przystąpienia do fuzji przyjęto ogólnemi oklaskami.

W pięć dni później, t. j. 25 listopada, Lwowskie Towarzystwo lekarskie zatwierdziło uchwały konferencji krakowskiej. Ostateczne zawarcie umowy z p. H. Altenbergiem, właścicielem Gazety lekarskiej, Stow. lekarzy polskich w Warszawie i Tow. lek. lwowskiem nastąpiło na zebraniu w Warszawie dnia 5 grudnia 1922. W posiedzeniu tem wzięli udział prof. Bednarski (Lwów), prof. Hornowski (Warszawa), doc. Janowski (Warszawa), prof. Nowicki (Lwów), prof. Rencki (Lwów), dr. Szumlański (Warszawa) i wydawca p. Altenberg.

Nowiny lekarskie, mimo osobistej interwencji prof. Ciechanowskiego w Poznaniu, ostatecznie nie przystąpiły do zjednoczenia pism. Co się tyczy „Lekarza wojskowego", otrzymano zawiadomienie z dep. sanitarnego Min. spr. wojskowych, że pismo będzie nadal wychodzić już nie jako tygodnik, lecz jako miesięcznik, i będzie zajmowało się przedewszystkiem sprawami ściśle sanitarno-wojskowemi.

Organizacja redakcji „Polskiej Gazety lekarskiej", w myśl porozumienia wzajemnego, była następująca: W Krakowie, Lwowie, Łodzi i Warszawie powstają miejscowe Komitety redakcyjne, a na czele ich są przewodniczący, jako redaktorzy miejscowi. We Lwowie, jako w miejscu siedziby wydawcy, jest redakcja techniczna i odpowiedzialna. Oczywiście o tych nowych układach został zawiadomiony oficjalnie dr. S. Sterling i, po porozumieniu się z czynnikami miejscowemi w Łodzi, wyraził na nie zgodę w ich i swojem imieniem. Redaktorzy miejscowi przysyłają materjał redakcyjny, za który odpowiedzialni są oni sami i odnośne Komitety redakcyjne. Nie wolno też redakcji technicznej nieprzyjmować lub też czynić zmiany w materjale w ten sposób nadsyłanym. Ze względu na ujednostajnienie i lepszą sprawność w redagowaniu działu sprawozdań z piśmiennictwa, wybrany został referent generalny prof. Parnas, w którego rękach miały się skupić wszystkie nadsyłane sprawozdania z piśmiennictwa. I tu już należy zaznaczyć, że w zasadzie dobra i słuszna idea powołania referenta generalnego do streszczeń z piśmiennictwa, w praktyce nie dała dobrych wyników z powodu niewykonywania należytego obowiązków ze strony sprawozdawców wyznaczonych, którzy sami dobrowolnie podjęli się wykonywania streszczeń, mimo, że pisma na ten cel im odstępowane miały przechodzić na ich własność.

Dnia 25 grudnia 1921 wyszedł ostatni 13 numer „Polskiego Czasopisma lekarskiego". To przejściowe pismo wydało w ciągu trzymiesięcznego istnienia, od 1. X. do końca grudnia 1921, 26 i pół arkuszów druku tekstu, zawierającego 43 artykuły, drukowane czcionkami znacznie mniejszemi, aniżeli drukowane były oba pisma, z których Czasopismo powstało.

Pierwszy numer zjednoczonego pisma „Polska Gazeta Lekarska" ukazał się dnia 1 stycznia 1922, jako dawniejsza Gazeta lekarska, Przegląd lekarski oraz Czsopismo lekarskie i Lwowski Tygodnik lekarski — organ zrzeszeń wymienionych już pod nagłówkiem b. „Polskiego Czasopisma lekarskiego" z dodatkiem Stowarzyszenia lekarzy małopolskich w Krakowie — pod redakcją przewodniczących Komitetów miejscowych Prof. dra St. Ciechanowskiego i prof. dra J. Lenartowicza (Kraków), prof. dr. Czubalskiego (Warszawa), prof. dr. Nowickiego (Lwów) i dr. S. Sterlinga (Łódź). Sekretarzem generalnym i redaktorem został dr. A. Kuhn (Lwów).

Na początku numeru pierwszego umieściła Redakcja słowo wstępne, w którem, po podkreśleniu znaczenia wogóle prasy lekarskiej, mówi: „Jedynie tylko to przekonanie, że tylko, skupiając wszystkie siły przy jednym warsztacie, zdołamy spełnić dzisiejsze obowiązki prasy lekarskiej polskiej, obowiązki z punktu widzenia państwowego — zdołało zwyciężyć nad wszelkiemi innemi bardzo ważnemi względami, zdołało przełamać wszelkie przeszkody, złączyć w jednomyślnem postanowieniu wysłańców wszystkich naszych Wydziałów lekarskich, Towarzystw lekarskich, Izb lekarskich i czasopism, którzy dla tej sprawy zjechali się z polskich miast uniwersyteckich w Krakowie w dniu 20 listopada ubiegłego roku. Postanowiono złączyć wszystkie dzielnice w jednem wspólnem czasopiśmie tygodniowem.

Wynikiem tym słusznie mogą się lekarze polscy chlubić, bo jest to dalszy ciąg tego samego hasła, które w Polsce pierwsi lekarze podnieśli i świadomie przez Zjazdy ogólno-polskie w czyn wcielali. I tym razem stanęli w pierwszym szeregu hufca, który pragnie być strojem w rozstroju, w którym ponad przywiązaniem do swego gniazda, do swej dzielnicy, góruje owa „wielka rzecz" poety i myśl, że wtedy naprawdę zrosną się *„disjecta membra"* miłej Ojczyzny w potężne, nierozerwalne ciało, gdy odbuduje się jedność dusz jej obywateli".

(Dok. nast.).

OCENY.

Anleitung für die Behandlung der Kindlichen Tuberkulose in d. allgemeinen Praxis von Dr. Kurt Klare. Verl. Kurt Kabitsch. Leipzig 1927.

Książeczka o 16 stronicach którą napisał doświadczony kierownik sanatorjum dziecięcego, zawiera cenne wskazówki lecznicze gruźlicy dziecięcej. Oto garstka uwag: Nie należy poddawać helioterapji dzieci z rozwiniętemi zmianami w płucach. Leczenie mydłem szarem, jest korzystne. Przy prawidłowej wadze — nie tuczyć chorych. Leczenie „Ektebiną" podług Moro — z pośród swoistych środków (spezifische Reiztherapie) zasługuje na polecenie. Szczepienia Ponndorf'a skuteczne czasem przy gruźlicy powierzchownej (chirurgicznej) — nie mogą być stosowane przy gruźlicy płuc. Sanocrysin, kryselgan, nie nadają się dla gruźlicy dziecięcej. Ostre wypocinowe postacie są przeciwwskazaniem stosowania sztucznej odmy. Zimnych ropni nie należy nigdy nacinać, tylko nakłuć. Gruźlica szyjnych gruczołów nadaje się do helioterapji, ciepłych okładów, wcierań jodowasogenu, przy gruźlicy otrzewnej lub gruczołów krezkowych, ciepłe okłady, wcierania mydła szarego, słoneczne kąpiele wzgl. kwarcówka. Szczegółowe wskazówki obejmują gruźlicę chirurgiczną z przetokami. Praktyk niespecjalista z korzyścią przeczyta broszurkę.

Pisek (Lwów).

Cathelin et Grandjean: *L'infection gonococc. et ses complications.* 250 str. w 8-ce, 30 rys.

Wydawnictwo „Monde Medical" rzuciło na rynek księgarski tanią książeczkę o rzeżączce i jej powikłaniach. Książeczka, przeznaczona dla praktyka nie zawiera rozważań teoretycznych. Jest ona raczej zbiorem wiadomości praktycznych, potrzebnych lekarzowi w walce ze schorzeniem o doniosłości społecznej. Metody badania i leczenia są tu przedstawione trafnie, krótko i przystępnie.

St. Ostrowski.

L. Brocq: *Cliniques dermatologiques.* Cz. II. 1 T., 660 str. — Masson 1927.

Autor o głośnem nazwisku wydał dalszą część wykładów, poświęconych chorobom skórnym. Są tu rzeczy, które spotykało się w czasopismach zawodowych, są też wykłady dotąd nieogłoszone. R. I. — omawia ogólny podział dermatoz, w oryginalnem ujęciu Brocqa. R. II. — obejmuje higjenę skóry i lecznictwo. W r. III. — Entités morbides vraies — autor opisuje niektóre schorzenia skórne, nieraz wywołane przez czynniki zewnętrzne.

W „odczynach skórnych" (r. IV.) wreszcie, omawia Br. zagadnienie liszajcowacenia, świerzbiączki, para-łuszczycy, wyłysienia i t. p. Książkę zamyka ustęp o rogowaceniu skóry dłoni i stóp. Tom ten jest uzupełnieniem cz. I-ej, wydanej w r. 1925. I tu jak tam, nie zawsze możnaby zgodzić się z Br. W każdym razie głębia jego myśli, bystrość spostrzeżeń na długo wyciśnie piętno w historji dermatologji.

St. Ostrowski.

Dr. M. Pinner: *Die Serodiagnose der Tuberkulose. (Rozpoznanie serologiczne gruźlicy).* Tuberculose Bibliotek Nr. 28. Lipsk 1927. Str. 88. Rm. 5.

Znaczenie społeczne gruźlicy skłoniło wielu badaczy do szukania oparcia diagnostyki gruźlicy poza innemi sposobami także w serologji. Mimo jednak licznych badań tej sprawy zapatrywania na wartość serologji gruźlicy są od szeregu lat podzielone a często wręcz odmiennie. Pinner w powyższej swej pracy postawił sobie za zadanie nie zajęcie w tym sporze zdecydowanego stanowiska, lecz zebranie krótko i przejrzyście wszystkiego tego, co w tej dziedzinie godnego napisano. Z zadania swego wywiązał się Pinner dobrze, pracę jego można śmiało polecić wszystkim tym, którzy interesują się sprawą gruźlicy, a w szczególności jej serologją. Książka P. ułatwi im w dużym stopniu zorjentowanie się w tym bardzo bogatym w piśmiennictwie temacie pozwoli głębiej wniknąć w sprawę antigenów i przeciwciał, często błędnie pojmowany.

W zwięzłem ujęciu można wraz z P. przedstawić diagnostykę serol. gruźlicy następująco: Wykazanie humoralnych przeciwciał gruźliczych udaje się przy pomocy różnych odczynów, a odczyny te prawie wszystkie są w pojęciu serologicznem swoiste. Znaczenie ich rozpoznawcze zależy od dwu zagadnień, a mianowicie: 1) od tego czy przeciwciała występują tylko w gruźlicy klinicznej i 2) od regularności występowania ich w gruźlicy klin. Na pytania te jednak nie można dać jeszcze obecnie ostatecznej odpowiedzi. Cały szereg odczynów nie zyskał znaczenia naukowego ani też nie znalazł zastosowania praktycznego (aglutynacja, precypitacja, opsoniny i i.), najlepsze jeszcze wyniki daje odczyn odchylenia dopełniacza (dodatnie wyniki: polepszenie gruźlicy 50%, stany początkowe gr. 70%, daleko posunięte 77%, ale także w innych chorobach 10%, u zdrowych 5%, z surowicami dodat. na O. Wassermanna 20%). Atoli i jego wartość praktyczna może być bardzo ograniczoną, zdaniem wielu badaczy nie pozwala on na różnicowanie gruźlicy czynnej i nieczynnej, prawie wszyscy autorzy przyjmują, że dodatni odczyn związania dopełniacza nie upoważnia do postawienia rozpoznania gruźlicy bez dalszych dowodów na takąż przyrodę schorzenia. Wszyscy natomiast zgodni są z tem, że ujemny odczyn nie wyklucza gruźlicy. Ograniczoną wartość pomocniczą w rozpoznawaniu „czynności" gruźlicy i w rokowaniu mogą mieć próby opadania c. czerwonych krwi i odczyny „kłaczkowacenia".

Ciekawe i ważne są wyniki naukowe diagnostyki serologicznej gruźlicy. Pinner zbiera je krótko w ten sposób: Poszczególne grupy chemiczne prątka gruźliczego, niezależnie od siebie reagują in vitro z surowicą osobnika gruźliczego. Czynią to c. białkowe, c. alkoholowe wolne od białek (lipoidy?), węglowodany, a może także tłuszcze obojętne. Działanie tuberkuliny jest ściśle przywiązane do c. białkowych, nie posiadają go ciała rozpuszczalne w alkoholu. C. białkowe o silnem działaniu tuberkulinowem nie reagują in vitro z naturalną surowicą gruźliczą, można jednak łatwo wytworzyć przeciw nim swoistą przeciwsurowicę, co do której jednak nigdy nie zostało przekonywująco udowodnionem, by miała osłabiać działanie tuberkuliny, a więc by była rzeczywistą antytuberkuliną. Szczególnie ważne są spostrzeżenia tego rozdzielenia w prątku gruźliczym anitigenów czynnych bio- i serologicznie, jak również ta okoliczność, że ustrój zwierzęcy wytwarza przeciwciała w czasie sztucznego uodpornienia przeciw takim grupom chemicznym prątka gruźliczego, z któremi nie reaguje surowica chorych na czynną gruźlicę. Nie mniej ważnym jest fakt, że nie udowodniono żadnemu z humoralnych przeciwciał, by dawało jakąkolwiek odporność swojemu nosicielowi. Odnosić się to ma zarówno do patologji ludzkiej jak i spostrzeżeń doświadczalnych.

Dr. J. Malinowski (Kraków).

BIBLIOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Piśmiennictwo polskie.

Medycyna praktyczna, rok II, zeszyt 4, z r. 1928: W. Janusz: Obecny stan wiadomości o guzowatem zapaleniu tętnic. — W. Werner: Zabiegi chirurgiczne lekarza praktyka. — I. Katzner: Praktyczne zastosowanie Coraminy „Ciba".

Zdrowie, rok XLIII, Nr. 5, za maj 1928: Od redakcji. — S. Ritter: Materjały do sprawy zanieczyszczeń Wisły i jej dopływów ściekami fabryk. — R. Koenig: Mleko surowe. — L. Heymans: Administracja higjeny samorządowej. — W. H. Me-

Janowski: Zasady higjeny narządów wzroku. — J. Kowalczewski: Stan mieszkań służby folwarcznej w świetle cyfr w b. Królestwie Kongresowem. — Z. Kuncewicz i A. Borowski: Leczenie gruźlicy płuc aurosanem. — I. Piotrowski: Wodociągi i kanalizacje miast polskich.

Lekarz Kasy chorych, rok IV Nr. 29, za marzec 1928: Ubezpieczenie społeczne w Polsce w r. 1926. — Ubezpieczenie społeczne w Bułgarji. — Kasy chorych w Rosji. — Z Kasy chorych miasta Warszawy.

Przegląd ubezpieczeń społecznych, rok III, zeszyt 5, z 1 maja 1928: M. Baumgart: Sądownictwo w zakresie ubezpieczeń społecznych. — Z. M.: Kasy chorych jako instytucje dobra społecznego. — L. Winter: Nowelizacja ubezpieczenia społecznego w Republice Czechosłowackiej. — Ubezpieczenie społeczne w Niemczech. — S. Klaczko: Korzystanie ze świadczeń lekarskich w Kasach chorych. — K. Okuszko: Lecznictwo a Kasy chorych. — F. Pajerski: Nowelizacja ustawodawstwa o ubezpieczeniu inwalidów na Górnym Śląsku.

Gruźlica, rok III, Nr. 2 za marzec 1928: A. Calmette: Uodpornienie czyli szczepienie ochronne noworodków przeciw gruźlicy szczepionką B. C. G. — K. Dąbrowski i M. Glass: Gruźlica płuc a ciąża. — S. Wąsowicz i Nadzieja Berdo: Przyczynek do wtórnej zgorzeli płuc powstającej na tle rozstrzeni oskrzeli. — W. Kruszewska: O postaci przesączalnej prątka gruźliczego.

Przegląd zdrojowo-kąpielowy, rok XVII, Nr. 2, z 1 maja 1928: Sprawozdanie z Walnego Zebrania Polskiego Towarzystwa Balneologicznego. — T. Cybulski: O naukową organizację polskiego zdrojownictwa.

Nowiny społeczno-lekarskie, rok II, zeszyt 9, z 1 maja 1928: H. Higier: O zadaniach i stanowisku społecznem zawodu lekarskiego. — R. Konkiewicz: Ambulatorja kasowe w Berlinie.

Nowiny lekarskie, rok XL, zeszyt 9, z 1 maja 1928: Ś. p. Jan Danysz (nekrolog przez L. Padlewskiego). — F. Obarski: W sprawie otruć kwasami stężonemi (octowym, solnym i siarkowym). — W. Mikułowski: Pertussis-encephalitis w wieku dziecięcym. Z. Bohdanowiczówna: Spostrzeżenia nad zawartością witaminy C. w mleku warszawskiem. — K. Vinzenz i A. Stadnicki: Doświadczenia z cibalginą. — A. Kozieradzki: Pamiętnik prowincjonalnego lekarza (c. d.), (wydał A. Wrzosek).

Warszawskie czasopismo lekarskie, rok V, Nr. 11, z 3 maja 1928: A. Landau, B. Jochweds i R. Pekielis: O klinicznem stosowaniu bronchografji (dok.). — P. Baumritter: Przyczynek do leczenia krzywicy ergosteryną naświetlaną. — M. Płońskier O współczesnych badaniach nad nowotworami (Streszcz. zbior.). — Z. Antoniakówna: Przyczynek do współczesnej terapji solami wapniowemi. — O. Bujwid: Korespondencja z Wilna. — G. Raciążek: Gościec współzawodnikiem gruźlicy. — W. Knappe: Rola lekarza praktyka w zwalczaniu chorób zakaźnych (c. d.).

Polski przegląd oto-laryngologiczny, tom IV, zeszyt 4 z r. 1927: B. Chorążycki: Budowa anatomiczna ściany górnej usznego przewodu zewnętrznego kostnego. — A. Laskiewicz: W sprawie umiejscowienia ciał obcych w gardle dolnem. — A. Schwarzbart: Lecznictwo niemoty i jej doniosłość społeczno-lekarska. — A. Laskiewicz: Zmiany ewolucyjne i inwolucyjne narządu słuchowego z punktu widzenia morfologji i kliniki. — J. Szmurło: Przypadek ropnia zraza czołowego spowodowanego ropnem zapalenie zatok sitowych. — P. Rozwadowski: Herpes zoster oticus. — E. Tryjarski: Dłuta-haki do operacji zatoki szczękowej oraz modyfikacja szczypców skrzyżowanych do pendzlowania śluzówki zatoki.

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Piśmiennictwo niemieckie.

Klinische Wochenschrift.

Nr. 14.

Baráth E. (Budapest): *Badania nad zaburzeniami w ciśnieniu krwi w klimakterjum.* Większość podwyżek ciśnienia krwi w klimakterjum jest pochodzenia spastycznego. Przemawiają zatem fakty, że ciśnienie krwi ulega wahaniom w ciągu dnia i bywa silnie uzależnionem od wpływów psychicznych. Krzywa ciśnienia krwi obserwowana w czasie wykonywania określonej pracy fizycznej u hypertoników klimakterycznych wskazuje na sprawnoość czynności regulacyjnych w ciśnieniu. Korzystny wpływ papaweryny na owe stany również przemawia za ich pochodzeniem naczynioskurczowem.

L. Hautschmann, M. Steube: *Poziom kwasów aminowych we krwi w gruźlicy.* Autorzy badali zachowanie się kwasów aminowych we krwi głównie w gruźlicy, przy pomocy kolorymetrycznej metody Folin'a. Okazało się, że wartość podwyższona spotyka się częściej w procesach gruźliczych świeżych, oraz w zaostrzeniach. W wyniszczeniu ogólnem i w zaburzeniach żołądkowych stwierdzali autorzy zmniejszenie się amino-kwasów we krwi.

F. Schiassi, G. Merighi: *Plasmochina w leczeniu malarji dziecięcej.* Plasmochina okazała się w pedjatrji tak samo skuteczną jak stosowanie jej dotychczasowe w malarji u osób dorosłych. Plasmochina jako bez smaku i rozpuszczalna daje możność dogodnego jej stosowania. W razie przedawkowania tego leku występują zwykle objawy nietolerancji, z których najczęściej bywa spotykaną sinica. Sposób dawkowania przedstawiono w tabeli.

Caponnetto: *Wpływ tytoniu na poziom cukru we krwi.* Ze spostrzeżeń autora wynika, że palenie tytoniu powoduje podwyższenie się poziomu cukru we krwi o około 0,4—0,5 g ‰. — Wzrost ten daje się zauważyć zarówno u osób niepalących, jakoteż u palaczy. Podobnie także 0.001 g nikotyny podanej domięśniowo również działa podwyższająco. Po następowem podaniu atropiny lub ergotaminy spotykał autor poziom prawidłowy.

Trautmann (Sandhof): *O przyczynach, istocie i zapobieganiu objawów meningealnych po nakłuciu lędźwiowem.* Autor wskazuje na bardzo częste powikłania spotykane po nakłuciu lędźwiowem, które niektórzy chorzy znoszą nieraz zadziwiająco spokojnie, inni natomast stosunkowo ciężko. Ten fakt ostatni tłumaczy autor odruchem skurczowym gładkich mięśni naczyń, który wywiązuje się w związku z obniżeniem parcia wśródczaszkowego, a występuje najczęściej u osobników z hysterją i skłonnych do skurczów naczyniowych. Używanie cienkich igieł do nakłuć i odpowiednie przygotowanie chorego może temu zapobiec.

H. Bernhardt (z kliniki Charité): *Przyczynek do leczenia nowotworów złośliwych.* Autor stosował przy nowotworach nienadających się do zabiegu chirurgicznego, wstrzykiwania dożylne błękitu izaminowego (isaminblau VI B) w roztworze pół % z dodatkiem czystej gliceryny, podając go w czasie całej kuracji w ilości 2.5—3 gr. Wyniki podobno dobre.

G. Rosenov (Königsberg): *Poziom cukru we krwi tętniczej i żylnej.* Autor oznaczał cukier we krwi tętniczej i żylnej u osobników z cukrzycą. Powyższa metoda pozwala na szczegółowszy wgląd w przemianę węglowodanową. U osobników normalnych poziom cukru w krwi tętniczej bywa wyższy od poziomu w krwi żylnej. Brak tej różnicy cechuje cukrzycę, gdzie spotykamy równość poziomów cukru. Autor podaje krzywe poziomu cukru w obu razach po obciążeniu próbnem za pomocą podania węglowodanów.

Z. Tomanek.

Monatsschr. f. Kinderheilk.

Tom 38, zesz. 1.

Salzer (Wiedeń): *Dwoinkowe zapalenie otrzewnej w wieku dziecięcym.* Pneumokokowe zapalenie otrzewnej jest u chłopców bardzo rzadkie i wychodzi głównie z zapalenia wyrostka robaczkowego. Tu wczesna operacja jest wskazana, zatem różniczkowanie z zapaleniem wyrostka robaczkowego ma mniejsze znaczenie. U dziewcząt zakażenie wychodzi głównie z części rodnych i przeważnie stwierdza się wtedy w wydzielinie pochwowej dwoinki. Dla rozpoznania oddaje tu nakłucie brzuszne znaczne korzyści. Wczesna operacja jest u dziewcząt przeciwskazana.

Fels.

Zeitschr. f. kl. Med.

106, zesz. 3—4.

H. W. Bansi (Berlin): *Periarteriitis nodosa.* Guzkowe zapalenie okołotętnicze daje często obraz ogólnego zakażena w postaci ukrytej lub chronicznej posocznicy. Obraz kliniczny okazuje często zespół trzech objawów, a mianowicie: ogniskowe zapalenie nerek, wielokrotne zapalenie nerwów i ataki bolów w nadbrzuszu. Nadto występuje chera blednicza, intenzywne bóle brzucha i znaczne przyspieszenie tętna. Należy zatem w wypadku wielokrotnego zapalenia nerwów, które przebiega z gorączką, zapaleniem nerek i objawami żołądkowo-jelitowemi zawsze myśleć o guzkowem zapaleniu okołotętniczem.

Fels.

Schweizer med. Woschr.

1928, 6.

1. Sobernheim (Berno): *Etjologja zapalenia szpiku kostnego.* Jako bodziec wchodzą w rachubę najsamprzód gronkowce, rzadziej łańcuszkowce a tylko wyjątkowo inne bakterje. Uraz i zakażenie stanowią w wielu przypadkach usposabiającą przyczynę okolicznościową. Zakażenie szpiku kostnego następuje zwykle drogą naczyń krwionośnych, lecz zdarzają się także przypadki innego pochodzenia. Dla kości droga krwionośna stanowi regułę. Zarodki pochodzą albo z ogniska zakaźnego, alboteż ze skóry i błon śluzowych. Do zakażenia jednak przychodzi tylko wtedy, jeśli jadowitość bodźców zwycięża siateczkośródbłonki *(reticuloendothelium).* Częściej niż to się dotychczas przyjmuje, zdarza się, że zarodki zostają przez dłuższy czas w organiźmie utajone. Leczenie antygenami jest naukowo uzasadnione.

2. Looser: *Anatomja patologiczna zakaźnego zapalenia szpiku kostnego.* Obok typowej postaci ostrego zapalenia szpiku kości piszczelowatych u osobników młodocianych nie są wcale rzadkie i atypowe postacie i umiejscowienia. Z porównania stanu anatomo-patologicznego z przebiegiem klinicznym ostrej osteomyelitis okazuje się, że zmiany anatomiczne i ciężkość obrazu klinicznego często nie idą równolegle. Ostre zapalenie szpiku kostnego jest chorobą septyczną, przyczem schorzenie szpiku kostnego jest tylko przypadkowem umiejscowieniem pierwotnego, nieraz krótkiego często jednak długo trwającego stanu posoczniczego. Dlatego przebieg ostrej osteomyelitis zależy nietylko od stanu zakaźnego szpiku kostnego, lecz w wyższym stopniu od pierwotnego stanu posoczniczego, który zapalenie szpiku wywołał. W wielu przypadkach nie zakażony szpik kostny jest przyczyną trwałej gorączki, lecz utrzymująca się bakteryjność krwi (bakteriaemia).

3. Monnier (Zurych): *Leczene zapalenia szpiku kostnego.* Dotychczas nie posiadamy pewnego objawu dla rozstrzygnięcia pytania, czy w zapaleniu szpiku wystarczy tylko nacięcie, czy też trzeba trepanacji. Chirurgiczną linją kierownicza jest nasilenie procesu, co w każdym przypadku należy osobno rozstrzygnać. Rozległe operacje kostne nie zmniejszają śmiertelności, nie wstrzymują tworzenia się martwiaków i nie skracają czasu choroby. Leczenie szczepionkami nie daje na razie korzystnych wyników.

Fels.

Z nomenklatury klinicznej.

Na posiedzeniu Lwowsk. Tow. lek. odbytem dnia 4. V. b. r. Prof. Moraczewski i dr. Legeżyński opisali dwa przypadki *gorączki ronienia zakaźnego bydła,* spostrzegane na dwóch weterynarjach. Prof. M. podał przebieg kliniczny zakażenia dr. L. omówił etjologję, bakterjologję i epidemjologję ronienia zakaźnego. Prątki ronienia zakaźnego są morfologicznie i patognomicznie zupełnie podobne do prątków gorączki Maltańskiej (febris melitensis) a obrazy kliniczne obu tych chorób również bardzo mało różnią się od siebie tak, że tylko aglutynacja serologiczna rozstrzyga o rodzaju tych schorzeń. Cechą obrazu klinicznego spostrzeganych przez autorów przypadków były bóle brzucha i gorączka zmienna. W dyskusji nad tym wykładem podniósł dr. Fels, że Izba lekarska wyspy Malta oraz Maltańska sekcja „British Medical Association" zwróciły się do zrzeszeń naukowych i czasopism fachowych z życzeniem, ażeby nazwy „gorączka Maltańska" zaniechać a na jej miejsce wprowadzić terminus gorączka ondulująca, febris ondularis. Choroba szerząca się wśród bydła także innych krajów posiada pewną cechę kliniczną, a to: zmienność gorączki. Zatem posiadamy obecnie terminy: febris intermittens, febris recurrens et febris ondulans, po polsku: gorączka przepuszczająca, gorączka powrotna i gorączka falująca.

Fels.

Wien. med. Woschr.

1928, nr. 17.

H. Schneider (Neunkirchen). *Arthrotyphus.* Powikłania kostne w przebiegu tyfusu są względnie częste, o wiele rzadsze natomiast są zajęcia stawów durowe. Jeśli od samego początku schorzenia objawy stawowe górują nad innymi, nadając obrazowi chorobowemu cechę zapalenia stawów, jesteśmy uprawnieni mówić o „arthrotyphus", podobnie jak mówimy o pneumo- i nephrotyphusie. Różni autorowie opisywali sporadyczne przypadki ostrego wielokrotnego zapalenia stawów, w których bradykardia, obrzęk śledziony i oporne zachowanie się wobec leków przeciwgośćcowych naprowadziły na rozpoznanie polyarthritis typhosa. Przypadek autora dotyczył 54-letniej kobiety która po zapaleniu gardła dostała bóle i obrzmienia w kilku stawach, przytem gorączka, suchy język; leczenie przetworami salicylowemi było bezskuteczne. Dopiero wyraźny odczyn Widala (1 : 400) rozstrzygnął o rozpoznaniu. W stolcu znaleziono liczne prątki durowe, które dopiero po dwóch miesiącach znikły. Zapalenie gardła w początku tyfusu nie jest zbyt rzadkim objawem i zdarza się wedle niektórych podań niemal w 40% wszystkich przypadków. Jeśli zapalenie stawu jest tylko komplikacją tyfusu, to występuje ono dopiero, podobnie jak durowe zapalenie kości, w okresie ozdrowienia i dotyczy wtedy głównie stawu biodrowego lub kolanowego.

Fels.

Ther. d. Gegenw.

1928, zesz. 2.

David (Berlin): *Insulina i śpiączka cukrzycza.* Na podstawie materjału statystycznego podnosi autor konieczność możliwie najwcześniejszego leczenia śpiączki cukrzycowej insuliną. Jeśli zastosowanie insuliny następuje w przeciągu pierwszych sześciu godzin po utracie przytomności, można prawie zawsze jeszcze uratować chorego, podczas gdy po upływie dwunastu godzin nadzieja utrzymania życia chorego równa się zeru. Wprawdzie i wtedy jeszcze udaje się często przywrócić choremu przytomność, ginie on jednak wśród objawów ogólnego osłabienia krążenia. A przyczyna tego leży w ogólnej niezdolności komórek do należytego utleniającego wykorzystania cukru, który na nowo mógłby być wchłonięty.

Fels.

HIGJENA WYCHOWANIA FIZYCZNEGO.

Dr. Wład. DYBOWSKI. Lwów.

Pracownia sportowa lekarska.

Pracownia sportowa lekarska przy Zakładzie Patologji Ogólnej i Doświadczalnej Uniw. J. K. we Lwowie rozpoczyna obecnie piąty rok istnienia. Założona w roku 1924 zawdzięczała swój lokal i inwentarz prawie wyłącznie oparciu o Zakład Patologji. Współdziałająca Sekcja sportowa Polskiego Towarzystwa Higjenicznego mogła udzielać pomocy tylko w ramach swego bardzo skromnego budżetu. Mimo tak skromnych początków praca szła pod kierownictwem asystenta Uniw. J. K. Dra Władysława Dybowskiego raźno naprzód; z początku badano nielicznie zgłaszających się sportowców, kształcono lekarzy i absolwentów medycyny. Do chwili obecnej przesunęło się przez pracownię 6 lekarzy wojskowych, 2 lekarki, oraz 5 absolwentów medycyny. Dzięki współdziałaniu władz wojskowych w latach 1924—1926, wysyłano asystentów pracowni do obozów letnich męskich i żeńskich, na kursy narciarskie, dzięki czemu zebrano obfity materjał.

Powstanie Ośrodka Wychowania Fizycznego we Lwowie wpłynęło korzystnie na rozwój pracowni we Lwowie. Frekwencja sportowców wzrosła znacznie; obowiązkowe badania przed masowemi zawodami, jak biegi na przełaj „Wieku Nowego", zawody drużynowe „Słowa Polskiego", doprowadziły nawet do tłoku w poczekalni. Z drugiej strony jednak w miejsce zmniejszonej znacznie z powodów finansowych pomocy Zakładu Patologji wstępowało coraz więcej Polskie Towarzystwo Higjeniczne. Mianowano kierownika pracowni i Sekcji Sportowej Towarzystwa Dra Władysława Dybowskiego członkiem Rady Naukowej Wychowania Fizycznego. W ostatnich dniach zanotować należy uchwalenie subwencji dla pracowni przez Miejski Komitet Wychowania Fizycznego.

Korzystając z poparcia, rozszerza też pracownia swą działalność; poza corocznymi dotąd wyjazdami na obozy letnie dla przeprowadzenia tam badań, współdziała pracownia w wykonywaniu badań zawodników lekkoatletycznych na prowincji Małopolski Wschodniej. Asystent pracowni A. Sałamańczuk wyjeżdżał już do K. S. „Rewera" w Stanisławowie i przeprowadził tam badanie 30 zawodników dla biegów na przełaj „Wieku Nowego"; w najbliższej przyszłości wyjeżdża do innych miast i klubów Małopolski Wschodniej. Idea badań trafia na bardzo podatny grunt na prowincji, gdyż K. S. „Rewera" już w dwa tygodnie po pierwszem badaniu zgłosił prośbę o badanie dalszych 60 zawodników.

Państwowy Urząd Wychowania Fizycznego, Rada Naukowa i jej Komisja Lekarska korzystają też w pełnej mierze z doświadczeń praktycznych poradni lwowskiej, kierownik pracowni współdziałał czynnie w przygotowaniu opieki lekarskiej nad wychowaniem fizycznem i sportem i uregulowaniu sposobu jej wykonania; pracując wraz z lekarzami, oddającymi się podobnej pracy

na terenie Poznania, Warszawy i Krakowa, ustalono typ normalny karty sprawności i karty badania lekarskiego a nawet szczegółowy sposób wykonania tego badania, oraz plan zaopatrzenia pracowni tego rodzaju w potrzebne przybory. Państwowy Urząd Wychowania Fizycznego przewiduje uruchomienie jeszcze w bieżącym roku 10 podobnych pracowni w Polsce. Wzorowa pracownia tego rodzaju ma powstać w Oficerskiej Szkole Sanitarnej w Warszawie. Bardzo znaczna część prac tych opiera się na doświadczeniach zdobytych w praktycznej ciągłej pracy przez poradnię lwowską.

Poza licznemi pracami naukowemi już ogłoszonemi są dalsze w toku. Z ogólnego zaś punktu widzenia dużą wartość przedstawiają dotychczasowe wyniki badań, pilnie notowane i przechowywane w pracowni. Obecnie wykańcza się opracowanie statystyczne pierwszych dwóch tysięcy osobników badanych.

Powstający obecnie we Lwowie Okręgowy Urząd Wychowania Fizycznego ułatwi prawdopodobnie dalszą owocną pracę, zapewniając pracowni tak konieczne oparcie finansowe jak i regularniejszy niż dotąd napływ młodzieży do badania.

Z pracowni wyszły prace:

Dr. Władysław Dybowski, mjr. lek. Lwów: „Badania Lekarskie uczesników kursu narciarskiego". (Polska Gazeta Lekarska, Nr. 16 r. 1925).

Dr. Władysław Dybowski, mjr. lek. i Adam Borysiewicz, abs. med. Lwów: „Obozy letnie przysposobienia wojskowego w świetle badań lekarskich". Część I. Pomiary antropometryczne. (Wychowanie Fizyczne", 1926 z. 2).

Dr. Władysław Dybowski, mjr. lek. i Adam Borysiewicz, abs. med. Lwów: „Obozy letnie przysposobienia wojskowego w świetle badań lekarskich". Część II. Pomiary czynnościowe. („Wychowanie Fizyczne" 1926 z. 2).

Dr. Władysław Dybowski, mjr. lek. i Adam Borysiewicz, abs. med. Lwów: „Obozy letnie przysposobienia wojskowego w świetle badań lekarskich". (Polska Gazeta Lekarska, r. 20, r. 1926).

Dr. Władysław Dybowski, mjr. lek. asystent Uniwersytetu J. K. we Lwowie: „Doświadczenia oddechowe w czasie chodu zwykłego oraz chodu i biegu narciarskiego". (Wychowanie Fizyczne, z. 7—12, z 1927 r., 1—3 z r. 1928).

Dr. Władysław Dybowski, mjr. lek.: „Doświadczenia oddechowe w narciarstwie". (Lekarz Wojskowy, XII. 1927, i I—III 1928 r.

Dr. Władysław Dybowski, mjr. lek., Członek Rady Naukowej Wychowania Fizycznego: „Badania zdolności fizycznej dla celów wychowania fizycznego i sportu". Biblioteka Wychowania Fizycznego i Sportu, Nr. 11.

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH. — ZJAZDY

Warszawskie Towarzystwo lekarskie.

Protokół posiedzenia klinicznego z dn. 17. I. 1928 r.

Przewodniczący: Prezes kol. K. Zieliński

Obecnych członków Towarzystwa — 66

Wprowadzonych gości — 21

1. Kol. Prezes dziękując za zaufanie i wybór na tak zaszczytną dla niego godność, wyraża obawę, czy aby podołać temu będzie on w stanie, tembardziej, że godność tą otrzymał po Prezesie, tej miary niepowszedniej, jakim był w ciągu 3-letniej kadencji ustępujący Prezes Prof. Sawicki. Poświęcał on wiele sił i czasu Towarzystwu naszemu, dbał ustawicznie o wysoki poziom wykładów, zabiegał o nie i przykładem swym innych do pracy zachęcał. To też za pracę tę, za trudy i starania prezes obecny wnosi, aby Towarzyswo złożyło Prof. Sawickiemu podziękowanie. Wniosek ten został przyjęty oklaskami. Od siebie zaś obecny prezes załącza prośbę, aby Prof. Sawicki zechciał służyć mu swą radą i doświadczeniem nadal. Również prosi o pomoc dla siebie p. Sekretarza Stałego oraz p. Wice-prezesa, obu mężów wielkiej wiedzy, wśród których honor mu przypadł zasiadać, bo pod tym tylko warunkiem, w pewnej tylko mierze sprostać zadaniu na niego włożonemu, będzie on w stanie.

2. Kolega Sekretarz Stały Towarzystwa oddaje hołd pamięci Ant. Ossuchowskiego. Pamięć ś. p. Zmarłego uczczono przez powstanie z miejsc.

3. Po odczytaniu przyjęto protokół posiedzenia wyborczego z dnia 3 stycznia 1928 r.

4. Kol. Prezes powitał nowych członków Towarzystwa.

5. Do biblioteki Towarzystwa wpłynęły następujące prace:

1) Aham in Baking powder. Royal Baking Powder Company Nev-York 1927. — 2) O zasobie zasad krwi. Fr. Goebel 1927. — 3) Przemiana cholesterynowa a ukł. siat. śródbł. Cr. Goebel i H. Gnoiński. — 4) La cholestérine et la réaction de Bordet-Waserman. Fr. Goebel. 1927. — 5) L'ostéomalacie comme acidose. Tenże 1927. 6) Dootrzewnowe działanie insuliny. Tenże 1927. — 7) O kwasicy. Tenże 1927. — 8) Z dziedziny badań nad wydzielniczą czynnością żołądka. Prof. W. Orłowski. 1927. — 9) Recherches sur l'influenze des sucres de legumes sur la sécretion gastrique. Tenże. 1926. — 10) Fizyczne objawy gruźlicy płuc. Tenże. 1927. — 11) Rozwój finsenoterapji. E. Bruner. 1927. — 12) Varsovia 1927. Rafael y Querrero. 1927. Madrit. — 13) I Rocznik Polsk. Komitetu pomocy dzieciom 1927. — 14) O ładzie i nieładzie w dziedzinie płciowej. A. Kozerski 1927. — 15) Pamiętnik jubileuszu 25-lecia Tow. Lek. Częstochowskiego. 1901—1926. — 16) Postępy w organizacji Służby Zdrowia w powstaniu styczniowem. Dr. Fr. Białokur. — 17) Dalsze przyczynki do biografji Michała Bergonzoniego. Dr. L. Zembrzuski. — 18) Ostra postać posoczniczej zgorzeli płuc u dziecka. Wł. Mikułowski. 1927. — 19) Lecznicze zastosowanie tlenu w klinice dziecka. Tenże. 1927. — 20) Przyczynek do rozpoznawania ostrego zapalenia trzustki o przebiegu łagodnym. W. Kruszewska. 1927.

6. Kol. H. Higier: Rzadka postać hematomyelji u 5-letniego hemofilika, naśladująca porażenie ostre dziecięce (pokaz przypadku).

Przez 4-u mies. rozwinęło się prawie zupełnie typowo z gorączką i bólami porażenie wiotkie jednej nóżki z zanikami, arefleksją i odczynem zwyrodnienia, rozpoznane przez lekarzy jako *poliomyelitis infantilis acuta*.

Dokładna analiza stwierdziła atoli obecność hemofilji rodzinnej z klasycznym typem dziedziczenia, nazwanym ongi przez H. *hereditas masculino matriarchalis*. Wywiady stwierdziły też poprzedzający uraz dolnej części kręgosłupa, który dał wobec skazy krwotocznej ogromny, bardzo bolesny, z gorączką przebiegający wylew domięśniowy pośladka i prawdopodobnie jednocześnie wylew dordzeniowy *(haematomyelia centralis anterior lumbalis)*.

Pojedyncze przypadki analogiczne u dzieci hemofilicznych opisali Cassirer i Regmond. Dokładne późniejsze badanie uzupełniające wykazało poważne zaburzenia bólowe i ciepłotne u demonstrowanego dziecka. Praktycznie ciekawe jest, że przebycie *poliomyelitis* wyrabia odporność i chroni przed powtórnem zachorzeniem, podczas gdy *hematomyelia*, zwłaszcza w wieku dziecięcym przebyta, usposabia do bujania gleju, do miejscowej gliozy, a nawet do siringomyelji, czyli jamistości rdzenia, postępującej.

W dyskusji kol. M. Semerau-Siemianowski mówił o przypadku padaczki Jacksona, spostrzeganym przez siebie, a powstałym na tle krwawiączki.

7. Kol. M. Semerau-Siemianowski: *Zaburzenia krążeniowe na tle hypohormonozy płciowej.*

Autor rozpatruje na wstępie pojęcie hipohormonozy płciowej i zastanawia się nad wartością cech ogólnych i miejscowych, które ułatwiają takie rozpoznanie. Ponieważ wnioski, wysnute z agenitalizmu doświadczalnego i ludzkiego dają się tylko wyzyskać z pewnemi zastrzeżeniami, określanie zaś biologiczne krążącego w ustroju ludzkiem hormonu, mimo nowoczesnych metod, napotyka na trudności, przeto można w tym kierunku polegać prawie wyłącznie na metodach klinicznych. Do takich należy stwierdzenie przesunięć morfologicznych w narządach płciowych, ocena wydolności wewnątrz-wydzielniczej gruczołów płciowych na mocy wywiadów, wreszcie ustalenie cech konstytucjonalnych. Uzupełniają te dane badania przemiany materji ogólnej i szczegółowej, badania odczynu farmakodynamicznego na różne leki, badanie napięcia układu wegetacyjnego, rozmazów krwi i t. p.

Przechodząc do części klinicznej, S. S. stwierdza, że zaburzenia krążenia w hipohormonozie płciowej stanowią zjawiska częste i spotykają się w ostatnich latach coraz częściej. Przyczyny tego należy szukać w coraz trudniejszych warunkach bytu, które drogą ciągłych ujemnych pobudzeń nerwowych upośledzają u usposobionych osobników jeszcze bardziej wydolność hormonalną gruczołów płciowych. Omawiając następnie symptomatologię, autor wymienia poszczególne objawy sercowe (bicie serca, uczucie ucisku, wahania częstości, tętno, rzadkie zaburzenia miarowości, brak zmian organicznych oraz objawy naczyniowe) mrowienia, parestezje, wazalgje, przesunięcia w ciśnieniu krwi i t. p.

Objawy te skupiają się u kobiety zależnie od różnych przełomów życia płciowego w szeregu dość charakterystycznych zespołów, które występują w okresie pokwitania, ciąży, po ciężkich porodach, podczas miesiączkowania, przed, w czasie i po klimakterjum. U niektórych osobników żeńskich nasilenie poszczegól-

nych objawów zaznacza się albo trwale, alboteż okresowo, niezależnie od wzmiankowanych przełomów. Opisywane wszakże zjawiska krążeniowe stwierdza się nietylko u kobiet, lecz także u odpowiednio usposobionych mężczyzn, nacechowanych omówionemi na wstępie własnościami. Zjawiska te zbliżają się zupełnie do obrazów klinicznych„ napotykanych u kobiet, choć zewnętrznie mniej łatwo je rozpoznać. Łącznie z tem S. S. zajmuje się rozpoznaniem, różniczkowaniem, patogenezą oraz rokowaniem w przedstawianych stanach krążeniowych na tle hipohormonozy płciowej. Na końcu zestawia pokrótce zabiegi i środki lecznicze. (Streszcz. własne).

W dyskusji: Kol. Wertenstein zaznacza, że hipohormonozy u kobiet zdarzają się nie tylko w okresie przekwitania, jaktoby się zdawało z odczytu prelegenta, ale w równej, a może większej mierze i w innych okresach. *Ameno-oligomenorrhoeae* zjawiają się u młodych kobiet, dziewcząt czy matek nie wywołując żadnych objawów wypadowych. Również nie spostrzegano ich podczas masowego występowania *amenorrhoeae* wojennej. Patogeneza więc tych wszystkich zaburzeń krążeniowych sympatiko- lub wagotonicznych i inkretorycznych nie jest jeszcze dostatecznie wyjaśniona. Być może, że rzuci na nią nowe światło organoterapja, gdy będziemy w stanie stosować hormon jajnikowy w większych ilościach, niż to dotychczas jest możliwe. Otrzymywanie bowiem tego hormonu jest bardzo utrudnione z powodu małej jego zawartości w jajnikach zwierząt. W ostatnich jednak czasach udało się stwierdzić, że większe ilości tego hormonu znajdują się w łożysku, we krwi, a szczególnie w moczu ciężarnych kobiet, które wydzielają go do 1.000 mysich jednostek dziennie. (Str. wł.).

Kol. Pręgowski jest zdania, że twierdzenie prelegenta o pochodzeniu zaburzeń krążeniowych na tle hipohormonozy znalazłoby najsilniejsze potwierdzenie w wynikach odnośnej organoterapji. Zaburzenia w dokrewnem wydzielaniu gruczołów płciowych zdają się prowadzić niekiedy do zmian w sferze psychicznej. Probierzem tego jest fakt dodatniego wpływu leczniczego odnośnych hormonów płciowych na te zaburzenia psychiczne. Kol. Pręgowski widział dodatni wynik stosowania agomenzyny w stanach manjakalno-deliryjnych a systomenzyny w stanach depresyjno-stuporowych okresu miesiączkowania. Takie same dwie postaci zaburzeń psychicznych cyklicznych, o takich samych krótkich cyklach można spotkać także u mężczyz. Leczenie 3-ch takich chorych hormonami jądrowemi dało kol. Pręgowskiemu dodatnie wyniki. (Str. wł.).

Kol. Goebel zaznacza, że do tej pory niema dokładnej metody standaryzowania przetworów zawierających wyciągi z gruczołów płciowych. Wiadomo, że przetwory te są często nieczynne. Wobec tego trzeba być bardzo ostrożnym w wysnuwaniu wniosków o ich własnościach terapeutycznych.

Kol. Gluziński podkreśla, iż okres przekwitania odbija się i na innych gruczołach, zwłaszcza na gr. tarczowych których czynność staje się niedostateczną. Przetwory gr. tarcz. w takich stanach oddziaływują znakomicie na ustrój kobiety, która wskutek karmienia przez 4 lata zachorowała na obrzęk śluzowy.

Kol. Semerau-Siemianowski w odpowiedzi kol. Wertensteinowi wyjaśnia, że niezawsze zaburzenia w sferze płciowej muszą iść w parze z zaburzeniami krążeniowemi. Aby zab. krąż. mogły wystąpić, potrzeba, żeby odpowiednie osobniki były upośledzone specjalnie co do układu krążeniowego. Co do spostrzeżeń kol. Pręgowskiego dotyczących zaburzeń umysłowych w miesiączkowaniu, to S. S. uważa je również za przejaw hipohormonozy płciowej tylko już nie w układzie krążeniowym. a w dziedzinie psychicznej u osobników dysponowanych.

Co do wywodów kol. Gluzińskiego, to S. S. wykazuje, że przytoczone przez mówcę spostrzeżenia, przebiegające jako obrzęk śluzowaty lub choroba Basedowa, są mu bardzo dobrze znane, lecz nie należą do omawianego przez prelegenta zespołu.

Klemens Gerner, sekretarz doroczny.

Protokół posiedzenia klinicznego w dn. 24 stycznia 1928 r.

Przewodniczący: Prezes Twa K. Zieliński.

Obecnych członków Twa 27.

Wprowadzonych gości 28.

Kol. Messing Zygm.: *„Połowiczny zespół wzgórzowo-parkinsonoidalny w kile mózgu"* — demonstracja.

Chory, którego przedstawiam, ma lat 37, z zawodu szewc. Przed 10 laty zaraził się kiłą, prawie wcale nie leczył się, 3 miesiące temu osłabła mu prawa dłoń. Wtedy zaczął się leczyć i w czasie kuracji powoli wystąpiły bóle i opaczne uczucia w całej prawej połowie ciała. Chory narzeka na uczucie pieczenia w prawej dłoni, prawem przedramieniu i prawym policzku, a w całej prawej dolnej kończynie ma uczucie mrowienia. Badanie krótko mówiąc, potwierdziło przedewszystkiem obecność kiły u chorego (odczyn B.-W. w krwi słabo dodatni, nierówność źrenic i objaw Argyl - Robertsona), ponadto wykazało dwa zespoły nerwowe, mianowicie zespół wzgórzowy, wyrażający się osłabieniem wszystkich rodzajów czucia skórnego i objawami bólowemi na prawej połowie ciała oraz zespół prążkowia, wyrażający się osłabieniem mimiki, brakiem balansowania pr. g. kończyną, objawem podłopatkowym, pozapiramidowem ułożeniem palców prawej dłoni, odruchami zatrzaskowemi i antagonistycznemi pr. k., obok braku oznak uszkodzenia torów piramidowych. Tłem anatomicznem sprawy chorobowej mogą być następstwa syfilitycznego zapalenia błony zewnętrznej naczyń lewego prążkowia, albo stan zapalny tegoż, więc *striatitis luetica*. Ujemny wynik odczynu B.-W. w płynie i brak zmian chemiczno-cytologicznych popierają drugie przypuszczenie.

Przedstawiono ten przypadek wobec rzadkości parkinsonizmu kiłowego. Dotąd mamy w piśmiennictwie notowane tylko przypadki parkinsonizmu w okresie trzeciorzędnym lub w metaluesie. Wolfart zebrał odnośnych przypadków 26, a Brzezicki dodał jeszcze dwa. Z naszego pokazu można wyciągnąć wniosek, że zespół parkinsonowski nie koniecznie musi być klasyczną postacią choroby Parkinsona, lub parkinsonoidem pośpiączkowym, ale może powstawać wskutek innych przyczyn, np. wieloogniskowego stwardnienia mózgu i rdzenia, ucisku, wywieranego przez guz III (IV) komory, bądź wzgórza wzrokowego, bądź zraza czołowego, zatrucia zewnątrz — i wewnątrzpochodnego, wreszcie wskutek kiły.

Kol. Melanowski Władysław wygłosił referat p. t.: *„Zaćma i jej leczenie w świetle nowych pojęć"*.

Dla rozejrzenia się w całokształcie pojęć o zaćmie i jej leczeniu poruszymy kolejno etjologję zaćmy, sposoby badania, rodzaje zaćmy oraz leczenie różnych postaci zaćmy, uwzględniając nowe zdobycze w tej dziedzinie.

Etjologja zaćmy. Badania doświadczalne Boucharda Charrina oraz Józefa Kolińskiego (1889) nad zaćmą naftalinową wykazały, że znaczne schorzenia układu naczyniowego wogóle i oka w szczególności powodują też zmiany wsteczne w torebce soczewki, jej nabłonka oraz wywołują zaćmę.

Badania autorów rosyjskich Tiepłaszyna i Kortniewa nad zatruciem sporyszem wykazały, że zatrucie to, powodując drgawki, często wywołuje nadpęknięcie torebki soczewki, oraz zmętnienie soczewki-zaćmę. Cierpienia inne, połączone z drgawkami, jak epilepsja, tężyczka, drgawki ciężarnych, a nieraz być może i skurcz nagły mięśnia nastawczego, np. wskutek przestrachu, spowodować może wystąpienie zaćmy. Główne zmiany w podobnych przypadkach, jak wykazał Peters, dotyczą warstwy barwikowej tęczówki, nabłonka ciałka rzęskowego i nabłonka torebki soczewki wraz ze zmętnieniem napęczniałych włókien korowych soczewki.

Oddawna też obserwowano wystąpienie zaćmy u osobników z cukrzycą i tu pierwszy Kamocki (1887) opisał zmiany obrzękowe i wsteczne w tylnej powierzchni tęczówki i w ciałku rzęskowym. Zmiany te mają wielkie znaczenie dla losu chorych, gdyż, jak wykazał Vossius (1910) i nasze własne doświadczenie, oczy takie, operowane z irydektomją, często ślepną, operowane natomiast bez irydektomji, zresztą po odpowiedniem odcukrzeniu ustroju zwykle odzyskują wzrok.

W każdym bądź razie, pogląd na powstawanie samoistne zaćmy w świetle pojęć współczesnych przedstawia się, według Schütza oraz Weila i Nordmanna (1927) jako wynik zaburzeń w gruczołach dokrewnych. Brak wydzieliny grucz. przytarczowego dać może zmętnienie soczewki. Zresztą badania Fischera i Triebensteina (1914) wykazały, że w zwykłej zaćmie starczej w 88% przypadków znaleźć możemy wydatne objawy tężyczki: np. objawy Chwostka, Erba, Trousseau. Uraz, porażenie prądem elektrycznym też może spowodować zaćmę, drogą zniszczenia torebki soczewki i zadrażnienia tęczówki i ciałka rzęskowego.

Badania ostatnie zwróciły też uwagę na zmiany w chemizmie soczewki w zaćmie, a więc zmniejszenie ilości lecytyny i cholesteryny, przenikanie ciepłoopornych elektrolitów z cieczy wodzistej. Prócz tego badania szeregu autorów starały się ustalić zmiany we krwi u osobników z zaćmą np. Gourfein-Welt (1925) stwierdziła różnicę refraktometryczną między surowicą krwi osobników z zaćmą a surowicą osobników zdrowych, Giannatoni (1927) znalazł w zaćmie zwiększoną ilość mocznika we krwi Römer, Salus, Dori, Lavagna — jady soczewkowe.

Anatomja Patologiczna. W zaćmie jądrowej badania Hessa i Cirincione oraz moje własne wykazują jednolitą budowę jądra w zaćmie jądrowej czarnej; zwykłemi sposobami barwika nie stwierdzono.

W zaćmie korowej główne zmiany dotyczą nabłonka torebki, mianowicie komórki nabłonka torebki układają się w kilka rzędów, zwykle są one niejednakowych rozmiarów, prócz tego czasem stwierdzić można w zaćmie nabłonek na tylnej torebce soczewki, co w soczewce niezmętnionej się nie spotyka. Włókna soczewkowe, zaczynając od obwodu, są napęczniałe, ulegają rozpadowi i wśród resztek tych włókien widać, barwiące się eozyną, kuliste masy rozpadu, kule Morgagniego i sole tłuszczowe, które obecnie wykazać można barwikiem Sudan III.

Sposoby badania.

Do sposobów badania w oświetleniu ogniskowem i do prześwietlenia przybyło obecnie badanie lampą szczelinową i mikroskopem rogówkowym, któryto sposób pozwala ustalić dokładnie jakość zmian i ich umiejscowienie. W każdymbądź razie nigdy nie należy polegać na zbadaniu zewnętrznem i rozpoznawać zaćmę, kiedy soczewka wyda się nam mętną, gdyż uważniejsze zbadanie często nam dowiedzie, że wydająca się mętna soczewka jest przejrzysta i oko dobrze widzi.

Zawsze też powinniśmy ustalić, co badany widzi, i mówić o swych podejrzeniach, co do zmętnienia soczewki tylko wtedy, kiedy źrenica się nie prześwietla. Pozatem, tylko dokładniejsze zbadanie, ustalenie, czy chory prawidłowo wskazuje skąd pada światło, czy ma reagującą źrenicę, pozwolić nam może na zaopinjowanie, że zabieg będzie dla chorego pożyteczny.

Dla operacji pozatem, konieczny jest dobry stan spojówek i pozatem drożność kanału nosowołzowego.

Główniejsze postaci zaćmy.

Odróżniamy zaćmę wieku dziecięcego, zaćmę starczą i zaćmę powikłaną.

Zaćma wieku dziecięcego jest najczęściej wrodzona i nie postępująca. Dotyczyć ona może przedniego bieguna soczewki, tylnego bieguna, jądra soczewki, wzgl. jądra i warstw korowych, i tylko wyjątkowo całej soczewki.

Wszystkie te zaćmy nie postępują i jeśli widzenie jest dostateczne, operacji nie wymagają; o ile widzenie jest poniżej $^1/_{10}$, to w razie, gdy po atropinie wzrok jest lepszy, należy zrobić irydekomję optyczną — wtedy wzrok się poprawi, nastawność będzie zachowana. O ile zaś rozszerzenie źrenicy nie wykaże poprawy wzroku, to u osobnika przed dwudziestką robimy rozcięcie zaćmy a po pewnym czasie obserwacji stwierdzimy, że soczewka się wchłania i wzrok poprawia.

Zaćma starcza. O ile zmętnienie soczewki jest tak znaczne, że wzrok jest w obu oczach poniżej $^1/_{10}$, to nie należy czekać, by „zaćma dojrzała" ale należy ją wydobyć. Wydobycie zaćmy bez irydekomji, z pokryciem rany płatem spojówkowym, z zerwaniem torebki przedniej kleszczykami torebkowemi da nam prawie zawsze dobre wyniki. W każdym bądź razie w ciągu 7-iu lat ostatnich tak operując, nie miałem ani jednego przypadku zakażenia pooperacyjnego. O ile tęczówka potem wypadnie, można ją albo wprawić albo i wyciąć bez szkody dla chorego.

Nowoczesne sposoby wydobycia zaćmy w torebce sposobem szerokiego cięcia w rogówce, wycięcia tęczówki i wyciskania zmętniałej soczewki — (sposób Smitha (1900), wydobycie soczewki pętlą Pagenstechera (1877), lub też wydobycie soczewki pętlą — z cięciem bocznem rogówki (sposób Szymańskiego 1923) względnie wydobycie przyrządem ssącym Hulena (1910), lub Barraquera (1917), są to zabiegi ryzykowne i właśnie w zaćmie niedojrzałej, dla której powinny być przeznaczone, często zawodzą.

Ostatnio szereg autorów jak Davis, (1922—25), Meyersteinego (1925), Gilbert i Schoute próbować zaczęli stosowania surowic przeciwzaćmowych, zdobywanych uodpornieniem królików na soczewki innych zwierząt i na soczewki ludzkie. Zastrzyki podspojówkowe tych surowic przeciwzaćmowych, wraz z stosowaniem doustnem przetworów jodowych i środków czyszczących w zaczynającej się zaćmie, dały tym autorom nadzwyczajne wyniki, bo do 65% poprawy wzroku. Czy te dane się potwierdzą, pokaże przyszłość. Podobnie pod znakiem zapytania oceniać tymczasem należy stosowanie borosalicylatu oczaru *(Hamamelis)*, który wraz z jodem i środkami czyszczącemi radzi stosować Borsch z Paryża (1925).

Zaćma powikłana.

Uraz oka, drogą wstrząsu lub przebicia torebki soczewki, spowodować może przenikanie cieczy wodnistej do torebki oraz zmętnienie włókien. O ile pozatem uraz nie wniósł zakażenia, tu o osobnika młodego taka zaćma może się wchłonąć i tym sposobem sprawa zakończyć się może samowyleczeniem.

W razie skaleczenia i zakażenia układu naczyniowego oka, obok zaćmy wystąpi zapalenie jagodówki i albo sprawa zakończy się zropieniem całego oka, albo zapaleniem jagodówki z odwarstwieniem siatkówki, a czasem i zapaleniem współczulnem drugiego oka, szczególniej o ile w oku pozostało ciało obce.

Dłuższe samoistne schorzenie jagodówki i odwarstwienie siatkówki, obok zrostów i zaniku pozapalnego tęczówki, doprowadza często do zmętnienia, a czasem zwapnienia soczewki. Ogniska zwapnienia w soczewce są najczęściej wynikiem odwarstwienia siatkówki i taka zaćma nie nadaje się do wydobycia.

Podobnie oko twarde, z rozszerzoną, o zarysach owalnych, źrenicą, z zanikłą tęczówką, z czarnemi, wężykowatemi naczyniami spojówki, oko z brakiem rzutowania światła — wskaże nam, że mamy do czynienia z zapuszczoną jaskrą i o jaskrze tu przedewszystkiem myśleć należy, gdyż zaćma jest w takiem oku zwykle powikłaniem wtórnem.

Po udatnej operacji zaćmy po pewnym czasie, najlepiej po miesiącu, choremu przepisujemy szkła, które zastąpić mają operowanemu utraconą soczewkę. Widzenie np. w naszych, w ciągu ostatnich lat 7 operowanych, przypadkach w 40% przyp. było $^1/_2$ prawidłowej ostrości wzroku i wyżej, w 40% przyp. od $^1/_2$ do $^1/_{10}$ prawidłowej ostrości wzroku, w 9% przypadków ostrość wzroku była do $^1/_{20}$ i tylko w 1% przypadków poprawy wzroku nie było, — były to 2 przypadki zaćmy w oczach z niepewnem rzutowaniem.

Przypadki te operowaliśmy, ulegając usilnym prośbom chorego.

Antoni Kaczyński, zastępca sekretarza dorocznego.

NEKROLOGJA.

Dr. Andrzej Ciechomski.

Dnia 12 kwietnia r. b. zmarł w Warszawie Dr. Andrzej Ciechomski. Oto daty, jakie skreślił On w autobiografji złożonej w archiwum Towarzystwa Chirurgów Polskich. Urodzony w roku 1858 w Warszawie, tu ukończył szkołę średnią w r. 1879, a wydział lekarski w Uniwersytecie Warszawskim w r. 1884. Po uzyskaniu stopnia lekarza w r. 1885 został asystentem przy Oddziele chirurgicznym Dra Wł. Matlakowskiego w Szpitalu Dzieciątka Jezus (Sala 16) i pracował pod Jego kierunkiem przez lat 6. W roku 1891 z powodu choroby ordynatora został mianowany zarządzającym oddziałem tym i obowiązki te pełnił przez półtora roku. W roku 1894 zdał egzamin konkursowy na stopień ordynatora. W roku 1896 został mianowany ordynatorem oddziału chirurgicznego w szpitalu św. Rocha i tu pracował do roku 1907. W tym roku przeniesiony do szpitala Dzieciątka Jezus pełni obowiązki ordynatora oddziału chirurgicznego w pawilonie I do obecnej chwili.

Tak się przedstawiają suche cyfry chronologiczne w ujęciu własnem Zmarłego. Do wiadomości tych, co Go bliżej nie znali, winniśmy dodać szereg uzupełnień, by uwypuklić wartość Ciechomskiego i wykazać, jak wielką stratę ponosi chirurgja polska w dniu Jego zgonu.

Chirurg współczesny, zwłaszcza pokolenia najmłodszego nie orjentuje się nawet, w jak ciężkich warunkach pracowano w chirurgji przed laty czterdziestu. Aseptyka stawiała wówczas pierwsze niepewne jeszcze kroki. Większość pracy pochłaniały przypadki „brudne": przeróżne ropowice, o których najmłodsi dziś słabe zaledwie mają pojęcie. Przypadki „czyste" stanowiły rzadkie wydarzenie na oddziale. O wyrostku robaczkowym dowiadywano się dopiero wówczas, gdy wypadało przeciąć chełboczący ropień przykątniczy. Płynące z Zachodu nowości techniki aseptycznej należało dopiero wypróbowywać, przyswajając sobie na stałe tylko to, co istotnie stanowiło postęp. O Roentgenie jeszcze nikomu się nieśniło. Bakterjologja była w powijakach. Trzecią część materjału szpitalnego stanowiła gruźlica gruczołowa i kostna, w której podówczas przez długi czas panował aktywizm operacyjny. Ile trzeba było mieć hartu, poczucia odpowiedzialności, pracowitości, no i wytrzymałości fizycznej, by sprostać zadaniom chirurga pracującego w takich, jak wówczas warunkach. Dr. Andrzej Ciechomski od pierwszej chwili zawodu swego, stanął na wysokości zadania: pojął wnet, że zawód Jego to nie synekura i z zakasanemi rękami w pocie czoła, nie znając chwili wypoczynku, przystąpił do służby ludzkości. Nie opadały Mu ręce w przypadkach najcięższych. Rzec można — odwrotnie: im bardziej desperacki był casus, tem zawzięciej borykał się z chorobą i niejeden pacjent naprawdę bez mała beznadziejny zawdzięcza swe życie ogromowi pracy przez Niego w leczenie włożonej. Sumienność roboty była Jego dewizą. „Tandeta zawsze się mści" — oto słowa, które codziennie powtarzał swym uczniom, kładąc im w głowę, że w chirurgji niema rzeczy małych lub nieważnych,

że nie wystarczy wykonać operację, choćby najpiękniej, że należy z niemniejszą gorliwością prowadzić pielęgnowanie dalsze. Starał się wszczepić w swych uczniów respekt dla techniki opatrunkowej, a w razach poważniejszych nikomu nie powierzył nakładania opaski, w czem istotnie był mistrzem. Dzisiejsza młodzież chirurgiczna wyrzekła się „klasycyzmu", nawet — przyznać niestety to trzeba — nie potrafi nałożyć uprz. opatrunku unieruchomiającego na cięższe złamania. Dzięki sumiennej robocie desmurgicznej udawało się Mu osiągnąć piękne wyniki w tych złamaniach, które chirurg współczesny leczy drogą krwawą. Gdy mowa o kościach, podnieść należy Jego sztukę rozpoznawania zawiłych uszkodzeń stawowych, gdzie współistnienie złamania ze zwichnieniem w okresie przedrentgenowskim stanowiło trudny do rozgryzienia orzech i gdzie niedokładności rozpoznawcze często mściły się na dalszych losach pacjenta. Mając zawsze w pierwszej linji na względzie dobro chorego, nie dawał się unosić szablonowym nowalijkom, ufając więcej doświadczeniu własnemu, niż nazbyt stronnym i nazbyt nieraz entuzjastycznym doniesieniom prasy zagranicznej. Pamiętamy wszyscy, jakie było Jego stanowisko w sprawie postępowania z ropieniami otrzewnej i jak zwalczał szablony, grożące losom operowanych. Występując przeciw zaszywaniu naglucho ropnych zapaleń otrzewnej, mawiał zawsze ze zwykłym sobie humorem, iż woli, by pacjent jego był dwa tygodnie dłużej chorym szpitalnym, niż całe życie nieboszczykiem. O rozległości i wszechstronności Jego wiedzy chirurgicznej najlepiej mówią prace, jakie pozostawił piśmiennictwu, a których spis podajemy niżej. Każda z tych prac była przygotowana źródłowo z szerokiem uwzględnieniem piśmiennictwa przedewszystkiem polskiego. Jako dobry polak utyskiwał nieraz iż należymy do tych, co nadto „cudze chwalą". Ostatniemi słowami drukowanemi Jego był „List otwarty do Redakcji Polskiego Przeglądu Chirurgicznego" (Tom VII, zeszyt 1, roku 1928), gdzie pisze: „Niejednokrotnie zwracałem uwagę kolegów młodszych, że w ich pracach naukowych za mało uwzględnia się piśmiennictwo polskie". W imię dobra nauki polskiej i słusznych praw jej przedstawicieli byłoby wielce pożądane, by.... żadna praca nasza nie była pominięta milczeniem, cechy ją wyróżniające były starannie podkreślone". Jego dbałość o „dobro polskiej nauki" uwydatniła się od najpierwszych lat praktyki w postaci współpracy w dawnej, a tak dobrze naszemu piśmiennictwu zasłużonej „Gazety Lekarskiej", później zaś w założeniu i organizowaniu „Towarzystwa Chirurgów Polskich", którego powstanie w pierwszej linji związane jest z Jego imieniem. Dbały o naukę polską, dbał jak mało kto i o mowę polską: rzadko kto z nas współczesnych potrafi wysławiać się tak naprawdę po polsku, jak On.

W życiu publicznem nie szukał nigdy zaszczytów, ofiarując swe usługi zawsze tam, gdzie wiedział, iż może być pożyteczny. W ciężkich dniach roku 1919-ego gdy do zajętego przez wojska nasze Mińska, zażądano pomocy chirurgicznej, Ciechomski nie namyślał się ani chwili, niemal z dnia na dzień zdecydował się na wyjazd, by stanąć na czele oddziału Czerwonego Krzyża i w najcięższych warunkach pozostawał tam do ostatniej chwili odwrotu wojsk naszych.

Ogrom pracy ciężkiej, sumiennej i owocnej obejmują czterdzieści trzy lata Jego praktyki chirurgicznej. Legł znużony trudami, zostawiając po sobie pamięć pracownika dobrze zasłużonego ludzkości.

A oto spis Jego prac naukowych:

1. Przypadek raka pierwotnego poprzecznicy. (Gaz. Lek. r. 1893, Nr. 16).
2. O zerwaniu ścięgna głowy długiej mięśnia dwugłowego ramienia. (Przegl. Chir. Z. I, r. 1893).
3. Niezwykle długotrwający odbyt sztuczny. Badania chemiczno-bakterjologiczne nad zawartością kiszek cienkich. (A. Ciechomski i M. Jankowski. Pam. Tow. Lek. Warsz. T. 89, r. 1894).
4. Ungewöhnlich lange dauender künstlicher After, nebst chem-bact. Untersuchungen über den Inhalt des Dünndarmes (j, w. w Arch. f. Klin. Chir. B. 48, H. 1).
5. Przypadek spastycznego zwężenia przełyku. Wypadnięcie ściany żołądka przez przetokę żołądkową. (Gaz. Lek. Nr. 43, r. 1896).
6. Przyczynek do kazuistyki ropni wątroby urazowego pochodzenia. (Gaz. Lek. r. 1898).
7. Przyczynek do leczenia bliznowatych zwężeń przełyku. (G. Lek. r. 1927).
8. Niezwykły co do rokowania przypadek przepukliny pępkowej zaciśniętej. (Gaz. Lek. Nr. 47, r. 1893).
9. Usunięcie wielkiej torbieli jajnika u kobiety w podeszłym wieku będącej. (Gaz. Lek. r. 1903).
10. W sprawie postępowania operacyjnego przy ropniach gruczołu krokowego. (Gaz. Lek. r. 1903).
11. Ropne zapalenie stawu skokowego ostre, pochodzenia pneumokokowego. (Gaz. Lek. r. 1903).
12. W sprawie doniosłości orzeczeń sądowo-lekarskich. (Gaz. Lek. r. 1906).
13. Rana kłuta śledziony i przepony. Przepuklina przeponowa. Wycięcie śledziony. (Gaz. Lek. r. 1907).
14. Przypadek mięsaka czerniaczkowego odbytnicy (melanosarcoma). (Gaz. Lek. r. 1910).
15. Przyczynek do kazuistyki wytworzenia przełyku z jelita czczego oraz uwagi nad tą operacją. (Przegl. Chir. i Gin. r. 1910).
16. W sprawie rentgenologji żołądka. (Gaz. Lek. Nr. 51, r. 1912).
17. Przyczynek do leczenia zapalenia wyrostka robaczkowego podczas ciąży. (Przegl. Chir. i Gin. r. 1917).
18. Rzadki przypadek gruczolaka dobrotliwego w przewodzie wątrobowym — przyczynek do kazuistyki nowotworów dróg żółciowych. (Gaz. Lek. Nr. 45—47, r. 1918).
19. Przyczynek do kazuistyki śluzaka wrzekomego otrzewnej pochodzącego z wyrostka robaczkowego. (Gaz. Lek. Nr. 25—26, r. 1919).
20. W sprawie leczenia gruźlicy chirurgicznej u dzieci mieszkańców wsi i miasteczek. (Praca zgłoszona na Zjazd Higj. r. 1918).
21. Ocena drogi przez opłucną lewą do przepony i podżebrza lewego. (Zjazd Chir. w Warszawie. 1921 r.).
22. W sprawie leczenia deszczętnego skręcenia esicy (j. w.).
23. Przyczynek do rozpoznawania zgorzeli trzustki o przebiegu przewlekłym (j. w.).
24. Nowotwór tkanki gruczołu tarczowego usadowiony wśród mięśni podudzia (j. w.).
25. W sprawie rozpoznawania i leczenia przepukliny przeponowej uwięzłej. (Polski Prz. Chir. T. XII, Z. 3, r. 1923).

E. Lewenstern.

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Kraków.

Krakowskie Towarzystwo Lekarskie. We środę dnia 16-go maja b. r. odbyło się w sali Krak. Towarzystwa Lekarskiego o godzinie 8,15 wieczorem posiedzenie zwyczajne wspólnie z Krak. Tow. Internistów z następującym porządkiem dziennym: Demonsracje chorych i pokazy rentgenologiczne. Z I Kliniki wewnętrznej, z II Kliniki wewnętrznej U. J.: Dr. Adamowicz, Dr. Dziuba, Dr. Reiner.

Z kraju.

Wolne posady lekarskie. W Wojew. Nowogródzkiem są do objęcia od zaraz następujące posady dla lekarzy:

1) w m. Wołożynie posada lekarza powiatowego,

2) w pow. Wołożyńskim 3 posady lekarzy sejmikowych, rejonowych z pensją VIII kat. płac funkc. państw. plus 15% dodatku komunalnego,

3) w pow. Lidzkim posada lekarza sejmikowego - rejonowego,

4) w pow. Nowogródzkim 2 posady lekarzy sejmikowych-rejonowych,

5) w Nowogródku — posada lekarza miejskiego VIII kat. płac func. państw.

6) w m. Stołpcach posada sekundarjusza przy szpitalu sejmikowym, niezbędna dokładniejsza znajomość roentgenologji. Wynagrodzenie 600 zł. miesięcznie i

7) w pow. Słonimskim posada lekarza rejonowego sejmikowego.

Ubiegający się o powyższe posady winni nadesłać podanie pod adresem: Nowogródek, Urząd Wojewódzki (Wydział Zdrowia Publicznego).

Oprócz podania narazie należy dołączyć curriculum viae, oraz zapodać nazwiska 2-ch wiarygodnych osób, na których świadectwa lekarz może się powołać.

Wolne posady lekarskie. Magistrat m. Siedlec ogłasza konkurs na posadę stałego lekarza szkół powszechnych w mieście Siedlcach z poborami VI grupy urzędników państwowych z dodatkami według umowy. Wymagane: 1) Obywatelstwo Polskie. 2) Dyplom lekarski. 3) Conajmniej 2-letnia praktyka. Podania z wyczerpującym własnoręcznie napisanym życiorysem, świadectwem moralności, odpisami świadectw szkolnych i zaświadczeniami odbytych praktyk, należy składać najpóźniej do dnia 1 czerwca 1928 r. w Magistracie m. Siedlec. Posada do objęcia od 1 września 1928 r.